

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00382



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Feuillantines sis 33 bis rue du Long Coron à Quiévrechain (59920) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 janvier 2025.

Par courrier reçu le 07 février 2025, vous avez présenté vos observations concernant le rapport les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

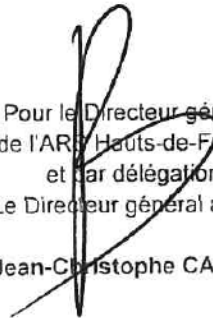
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Monsieur Pascal GUERIN
Président du groupe DOMIDEP
18, rue du Creuzat
38080 L'ISLE-D'ABEAU

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.

.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Copie à Monsieur Morgan DESBREE, directeur de l'établissement

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Feuillantines à Quiévrechain (59920) initié le 24 juillet 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E8	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « faisant fonction d'AS » ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF et transmettre un échéancier à la mission de contrôle.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E9	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription n°2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	3 mois	
E1	En l'absence du médecin coordonnateur depuis le 31/12/2022, le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	/	07/02/2025
E12	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°4 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions de l'article D. 312-	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
		158, alinéa 10.		
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	/	07/02/2025
E7	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°6 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Prescription n°7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	/	07/02/2025
E2	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription n°8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			

E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à l'article R. 31137-1 du CASF.		
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			

E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 et L. 314-10-1 et du CASF.		
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
			Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)

E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF et de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°9 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
R2	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle les documents relatifs au CVS (comptes rendus de réunion, composition et règlement intérieur).	Recommandation n°1 : Transmettre à la mission de contrôle les documents relatifs au CVS (comptes rendus de réunion 2021 à 2023, composition et règlement intérieur).	/	07/02/2025
R5	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions sur les modalités de déclaration externe des EIG.	Recommandation n°2 : Actualiser la procédure de signalement des événements indésirables.	/	07/02/2025

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R3	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplet.	Recommandation n°3 : Mettre à jour le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	/	07/02/2025
R4	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation n°4 : Transmettre à la mission de contrôle le plan d'actions qualité.	1 mois	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	Recommandation n°5 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	/	07/02/2025

R9	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et à	Recommandation n°6 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement et à l'hydratation.	/	07/02/2025
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	l'hydratation.			
R7	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°7 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	07/02/2025

R8	Les IDE et ASH ne dispose pas de fiches de tâches.	Recommandation n°8 : Etablir une fiche de tâches pour les IDE et ASH.	2 mois	
Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R6	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle les données relatives à l'item « CDD pour les 3 derniers mois ».	Recommandation n°9 : Transmettre à la mission de contrôle les données relatives à l'item « CDD pour les 3 derniers mois » – Questionnaire de contrôle – Onglet Ressources humaines.	/	07/02/2025