

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00394



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence de l'Abbaye sis 82 rue de l'Abbaye à Solesmes (59730) 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 22 novembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 mai 2024.

Par courrier reçu par mes services le 17 juin 2024, vous avez présenté vos observations concernant 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.

Monsieur Gérard SITBON
Président
Groupe MAPAD
49 rue de Colombes
92400 COURBEVOIE

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.

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 Madame Christine MATUSZEWSKI, directrice adjointe 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 Résidence de l'Abbaye à Solesmes (59730) initié le 22 novembre 2023

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)
E5	En effectuant des séjours de répit ou des séjours temporaires, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-8 du CASF et de la décision conjointe d'autorisation du 11 juillet 2022.	Prescription 1 : Cesser les séjours de répit ou séjours temporaires auprès des résidents accueillis afin de respecter les dispositions de l'article D312-8 du CASF et de la décision conjointe d'autorisation du 11 juillet 2022.	Dès réception du rapport	
E1	L'EHPAD ne dispose pas, au jour du contrôle, de directeur en fonction contrairement aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription 2 : Recruter un directeur d'établissement conformément à l'article D312-155-0 du CASF.	3 mois	

E13	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 3 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en qualification, le jour et le nuit, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E12	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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des auxiliaires de vie sociale.			

	Ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.			
E12	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 4 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique se s'est pas réunie depuis 2019 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.		17/06/2024
E15	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 alinéa 10 du CASF.		17/06/2024
E14	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.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	

E10	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 8 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médicosociales.	Dès réception du rapport	
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	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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 9 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		17/06/2024
E3	Le CVS n'est pas actif, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	Prescription 10 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 31116 du CASF et mettre à jour le règlement intérieur du CVS.	3 mois	

R4	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			
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)
E4	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38 du CASF.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E6	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E8	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

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)
E7	En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel et le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E16	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 12 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		17/06/2024
R9	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	Recommandation 1 : Procéder au recrutement d'un IDEC ou engager l'IDER dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R10	L'infirmier référent ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.			

R3	Les rencontres entre la directrice (l'attachée de direction) de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	Recommandation 2 : Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	
R2	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme	Recommandation 3 : Formaliser l'organisation des astreintes afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.		17/06/2024
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 4 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 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)
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale chaque année.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 6 : Rédiger un plan d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	

R12	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les AS.	Recommandation 7 : Etablir une fiche de tâches spécifique aux aides-soignants.		17/06/2024
R16	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux urgences.	Recommandation 8 : Etablir en concertation avec les équipes le protocole relatif aux urgences et transmettre la liste des protocoles en vigueur avec leur date d'élaboration et de révision.		17/06/2024
R18	En l'absence de dates de création et de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.			
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)
R17	Les protocoles ne sont pas systématiquement élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 9 : Elaborer systématiquement les protocoles en concertation avec les équipes.	3 mois	

R11	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé pour l'année 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Etudier les causes d'absentéisme des équipes soignantes en 2022, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		17/06/2024
R8	La procédure de gestion d'un évènement indésirable lié aux soins manque de précision concernant les modalités du circuit de déclaration obligatoire des événements indésirables et des événements indésirables graves devant être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.	Recommandation 11 : Actualiser la procédure de gestion d'un évènement indésirable lié aux soins en intégrant le processus de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves devant être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.		17/06/2024
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)
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 12 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R14	L'établissement n'a pas transmis les plans de formation interne / externe 2021 et 2022.	Recommandation 13 : Transmettre les plans de formation interne / externe 2021 et 2022 ainsi que l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux	1 mois	

R13	Les feuilles d'émargement des formations n'ont pas toutes été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	formations internes / externes réalisées.		
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation 14 : Dater l'organigramme.		17/06/2024