

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00315  
[REDACTED]

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Saint-Augustin sis 27 rue de la Gare à BERGUES (59380) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 8 avril 2024.

Par courrier reçu par mes services le 7 mai 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.

Monsieur Philippe DESWARTE  
Président du Conseil d'Administration  
de l'EHPAD Saint Augustin  
Association Clairefontaine  
48 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny  
59190 HAZEBROUCK

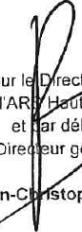
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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](mailto: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 Amandine MASSEMIN, directrice de l'établissement

Pièce(s) jointe(s) :

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

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Saint-Augustin à BERGUES (59380) initié le 14 décembre 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)
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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; 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.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches afin d'assurer la sécurité des résidents conformément à la réglementation.		07/05/2024
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	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)
E6	En ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	<b>Prescription 3 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.		07/05/2024
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, , livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E11	En ne mentionnant pas les conditions d'élaboration de l'avenant, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			

E4	<b>En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5</b>	<b>Prescription 5 :</b> Mettre à jour le règlement intérieur du CVS conformément à la réglementation.	<b>1 mois</b>	
----	--	--	---------------	--

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
	ans) et en l'absence de consultation du CVS dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>2 mois</b>	
E12	Au regard de l'horaire des couchers et de l'absence de garantie d'élaboration des projets de vie individualisés, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Garantir l'élaboration des projets de vies individualisés afin d'assurer une qualité de la prise en charge des résidents et respecter leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.		07/05/2024

E13	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.	<b>Prescription 8 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		07/05/2024
E14	L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité	<b>Prescription 9 :</b> Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents		07/05/2024

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)
	des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.		
E7	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions des articles L. 311-8 et R. 311-37 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<b>Prescription 10 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en l'inscrivant dans les documents institutionnels et en révisant le protocole sur cette thématique conformément aux articles L.311-8 et R.311-37 du CASF, et à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	

E10	<b>Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.</b>	<b>Prescription 11 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>2 mois</b>	
R9	<b>Le projet de soins n'a pas été transmis à la mission de contrôle.</b>	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre le projet de soins.		<b>07/05/2024</b>
R10	<b>La procédure d'admission est incomplète.</b>	<b>Recommandation 2 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	<b>1 mois</b>	

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)

R2	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles et réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ainsi qu'un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	2 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
R5	L'établissement n'a pas engagé, au jour du contrôle, d'actions formalisées dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	<b>Recommandation 4 :</b> Rédiger un plan d'amélioration continue de la qualité.	2 mois	
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 5 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur la déclaration des événements indésirables.	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)
R12	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisée.	<b>Recommandation 6 :</b> Formaliser le protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.		07/05/2024

R11	<b>L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.</b>	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		07/05/2024
R13	<b>L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées.</b>	<b>Recommandation 8 :</b> Réaliser des sensibilisations régulières sur les transmissions ciblées.	<b>1 mois</b>	
R14	<b>En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.</b>	<b>Recommandation 9 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.	<b>4 mois</b>	
R7	<b>La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.</b>	<b>Recommandation 10 :</b> Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.		07/05/2024
R1	<b>Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux CODIR.</b>	<b>Recommandation 11 :</b> Rédiger les comptes rendus des CODIR.	<b>2 mois</b>	
R8	<b>L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y</b>	<b>Recommandation 12 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre	<b>2 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
	<b>remédier.</b>	un plan d'actions.		