

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00295

Lille, le

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Le Halage sis rue du Docteur Georges Schultz à BRUAY-SUR-L'ESCAUT (59860) 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 4 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 janvier 2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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.

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, Madame la présidente, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7, allée Haussmann
33300 BORDEAUX

Copie à Madame Chrystel CRETAL, directrice 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 Le Halage à BRUAY-SUR-L'ESCAUT (59860) initié le 04 juillet 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	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 ASH ; 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.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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 respecter leur rythme de vie. Transmettre le tableau des effectifs révisé.	1 mois	
E8	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (<i>de jour et de nuit</i>), en termes de nombre et 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.			
R8	La mission de contrôle a constaté des incohérences entre le tableau des effectifs et les plannings.			
E1	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription n°2 : Recruter un médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E10	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°3 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	2 mois	
E11	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E12	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°4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E6	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national et la nature du diplôme obtenu des salariés, 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 n°5 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation.	1 mois	
E3	La commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription n°6 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E4	La composition du CVS n'étant pas conforme, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°7 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	Le rapport annuel d'activité médicale n'a pas été rédigé en 2022 contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription n°8 : 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.	3 mois	
E13	L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	Prescription n°9 : Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et des recommandations de la HAS en contrôlant les délais de réponse de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	1 mois	
R12	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont réalisées que de manière occasionnelle suite à incident ou réclamation.			
E5	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.	Prescription n°10 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E2	La continuité de la fonction de direction, en l'absence de la directrice, n'est pas suffisamment organisée et sécurisée, contrairement à aux articles D.312-176-7 et L311-3 du CASF.	Prescription n°11 : Définir et organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
R3	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur manquent de formalisme et ne sont pas concordantes avec les documents transmis à la mission de contrôle.			
R7	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation n°1 : Inscrire l'IDEC dans une formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R5	Le bilan des enquêtes de satisfaction n'est pas formalisé.	Recommandation n°2 : Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers et formaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas de façon systématique des RETEX suite à l'analyse d'événements indésirables.	Recommandation n°3 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R13	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation n°4 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	1 mois	
R1	Les liens entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisés.	Recommandation n°5 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	
R2	La mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction.	Recommandation n°6 : Étudier les causes des taux d'absentéisme et de turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R10	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.			
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°7 : Mettre à jour la procédure d'admission en y incluant le délai de remise du contrat de séjour au maximum dans les 15 jours suivant l'admission.	1 mois	
R1	L'organigramme hiérarchique ne comporte pas de date de mise à jour et n'est pas concordant avec l'organigramme fonctionnel.	Recommandation n°8 : Mettre à jour les organigrammes hiérarchique et fonctionnel.	1 mois	