

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00432



LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Verrières sis 101 rue de Blaringhem à Pernes (62550) 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 21 novembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 17 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.

Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7 allée Haussmann
33300 BORDEAUX

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.


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

Copie à Madame Isabelle DELAHAYE, 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 Les Verrières à Pernes (62550) initié le 21 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)
E14	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.			
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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents faisant fonction d'aide- soignant. 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.	<p>Prescription 1: 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.</p>	1 mois	

E15	<p>La surveillance de jour au sein de l'UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>	<p>Prescription 2 : Positionner systématiquement du personnel qualifié le jour en UVA afin d'assurer la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article D. 311-3 du CASF.</p>	1 mois	
E13	<p>En raison de l'absence d'ASG au jour du contrôle, le fonctionnement du PASA n'est pas conforme à l'article D. 312-155-0-1 du CASF.</p>	<p>Prescription 3 : Mettre en conformité le fonctionnement du PASA conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0-1 du CASF.</p>		17/06/2024
E9	<p>Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.</p>	<p>Prescription 4 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.</p>	2 mois	
E10	<p>Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.</p>	.		

E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 5 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E12	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Actualiser et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		17/06/2024
E16	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 7 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.		17/06/2024
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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 8 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		17/06/2024
E17	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet	Prescription 9 : Etablir les projets personnalisés		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)
	d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	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 est réalisée.		
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3 ^e du CASF.	Prescription 10 : Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		17/06/2024
E19	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 L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	Prescription 11 : 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.	Dès réception du rapport	
E4	En n'intégrant pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 12 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	

E6	Les coordonnées 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.			
E5	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS, contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du conseil de la vie sociale, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<p>Prescription 13 :</p> <p>Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - Révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF ; - Réunissant le CVS à minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. 	3 mois	

E18	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 14 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		17/06/2024
R6	L'infirmier coordinateur ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Inscrire l'IDEC dans une formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R5	Le contrat de travail de l'infirmier coordinateur n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 2 : Transmettre le contrat de travail de l'infirmier coordinateur.		17/06/2024
R11	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 3 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	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)

R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		17/06/2024
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs.	Recommandation 5 : Etablir en concertation avec les équipes les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et évaluer l'ensemble des protocoles de manière périodique.	3 mois	
R17	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.			
R9	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé pour l'année 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Etudier les causes du turn-over des équipes soignantes en 2022, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		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)
R7	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants pour les années 2020 et 2021 n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants pour les années 2020 et 2021.	1 mois	
R8	Le taux de turn-over des effectifs soignants pour les années 2020 et 2021 n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R10	Les fiches de postes n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre les fiches de postes à la mission de contrôle.		17/06/2024
R3	En l'absence de transmission des comptes rendus, la participation de la directrice aux réunions organisées par l'organisme gestionnaire n'est pas garantie.	Recommandation 9 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées par l'organisme gestionnaire.	1 mois	

R13	Il existe une incohérence entre les horaires des repas transmis par la direction et les horaires mentionnés dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.	Recommandation 10 : Mettre à jour les horaires des repas dans le livret d'accueil des résidents et le règlement de fonctionnement.		17/06/2024
R14	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation 11 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement datées relatives aux : - Sensibilisations sur les transmissions ciblées ; - Formations sur la déclaration des événements indésirables.		
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.		1 mois	
R16	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 12 : Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.		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)

R2	Le document unique de délégation est incomplet.	Recommandation 13 : Transmettre l'intégralité du document unique de délégation.		17/06/2024
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 14 : Mettre à jour l'organigramme.		17/06/2024