

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00300



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Ave Maria sis 2 bis rue d'Haverskerque à Wardrecques (62120) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 18 octobre 2024.

Par courriers reçus par mes services le 22 octobre 2024 et le 14 novembre 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.

Monsieur Pascal BRUNELET
Directeur Général
Maisons de Famille
1 Place Victor Hugo
92400 COURBEVOIE

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, Monsieur le directeur général, 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 Sandrine DANNEL, 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 Ave Maria à WARDRECQUES (62120) initié le 10 juin 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	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 faisant fonction d'AS ; 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 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 ainsi que les fiches de postes révisées à la mission de contrôle	Dès réception du rapport	
E5	En l'absence de vérification systématique à l'embauche de l'extrait de casier judiciaire puis de vérification régulière, 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 2 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	
E3	La mission de contrôle ne peut garantir que l'établissement dispose d'un plan bleu révisé annuellement, ayant fait l'objet d'une consultation du CVS et intégré ou annexé au projet d'établissement ce qui ne respecte pas les dispositions des articles D. 312-60 et R. 311-38-1 du CASF.	Prescription 3 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD. Le soumettre pour avis au CVS puis l'intégrer ou l'annexer au projet d'établissement. S'assurer qu'une révision annuelle est réalisée.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E8	L'un des médecins coordonnateurs 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.	Prescription 5 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur, intervenant le mardi, est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.		14/11/2024
E9	L'un des médecins coordonnateurs ne dispose pas, au jour du contrôle, 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 6 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur, intervenant le mardi, conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	Le fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		14/11/2024
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
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 9 : Etablir un projet d'établissement conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	6 mois	
E4	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 10 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance et des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E1	Le fonctionnement du CVS ne respecte pas les dispositions des articles D. 311-9 et D. 311-19 du CASF.	Prescription 11 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - élisant le président du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-9 du CASF. - faisant valider le règlement intérieur du CVS lors de la 1^{ère} réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	
R5	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 pas réalisées régulièrement en dehors des réclamations des résidents.	Recommandation 1 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite aux réclamations des résidents.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	Aucune transmission orale n'est organisée le matin lors de la relève de l'équipe de nuit par l'équipe de jour.	Recommandation 2 : Organiser des transmissions orales le matin entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour afin de garantir la continuité de l'accompagnement et des soins.		14/11/2024
R4	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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	L'établissement a précisé un taux de turn over des effectifs soignants élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 4 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R1	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction n'ont pas été transmises.	Recommandation 5 : Transmettre les modalités d'intérim en l'absence de la direction.		14/11/2024
R2	Le format du bilan annuel des réclamations ne permet pas la lecture des réclamations ainsi que le suivi réalisé.	Recommandation 6 : Etablir annuellement un tableau récapitulatif des plaintes et réclamations faisant figurer le suivi ayant été réalisé.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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 dispose pas de protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 7 : Etablir les protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et à la fin de vie puis les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R8	Les protocoles ne sont pas systématiquement élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 8 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes	3 mois	
R9	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 9 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	3 mois	