

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00278

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Notre Dame de Boulogne sis 21 rue de la Colonne à BOULOGNE SUR MER (62200) 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 08 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 19 août 2024.

Par courrier reçu en mes services le 18 septembre 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 Bertrand DABAN
Directeur général
Association Centre Feron-Vrau
329, boulevard Victor Hugo
59000 LILLE

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 Monsieur Nicolas NION, directeur 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 Notre Dame de Boulogne à BOULOGNE SUR MER (62200) initié le 08 avril 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)
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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des auxiliaires de vie ; 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 et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	Dès réception du rapport	
E9	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire 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.			
R5	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			

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	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E13	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : - Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D.311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. - Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident. - Formaliser la procédure relative à l'élaboration des projets personnalisés.	/	18/09/2024
R12	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.			
R13	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration des projets personnalisés formalisée.			
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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 1336 du CASF.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'a pas été réunie depuis 2022 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	Prescription 5 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	/	18/09/2024

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)
E10	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et qui devra être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	
E11	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 7 : 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.	/	18/09/2024
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	/	18/09/2024
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 9 : Inclure dans le projet d'établissement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, conformément aux dispositions de l'article D. 312160 du CASF et le transmettre à la mission de contrôle.	6 mois	
R4	Le plan de gestion de crise intégrant tous les risques n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E3	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 10 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de			

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)
	fonctionnement contrevient aux dispositions des articles L. 311-7 du CASF et R. 311-35.			
E6	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil transmis ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription 11: Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médicosociaux.	/	18/09/2024
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	/	18/09/2024
R14	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 un incident.	Recommandation 2 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident.	1 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux soins palliatifs.	Recommandation 3 : - Etablir et transmettre le protocole relatif aux soins palliatifs ; - Etablir les protocoles en concertation avec les équipes.	/	18/09/2024
R16	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			

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 a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 4 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	18/09/2024
R8	Toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit ne disposent pas de fiche de tâches à l'exception de l'IDE.	Recommandation 5 : Rédiger des fiches de tâches pour toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit à l'exception de l'IDE et mettre à jour les fiches métier de l'auxiliaire de vie et de l'agent des services éducatifs et sociaux afin qu'elles comportent des missions qui relèvent de leurs compétences.	1 mois	
R9	Les fiches métier de l'auxiliaire de vie et de l'agent des services éducatifs et sociaux comportent des missions qui ne relèvent pas de leurs compétences.			
R6	Le contrat de travail et la fiche de paie du 2ème médecin coordonnateur n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre à la mission de contrôle le contrat de travail et la fiche de paie du 2ème médecin.	/	18/09/2024
R10	Les plans de formations 2022 et 2023 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre les plans de formations 2022 et 2023 à la mission de contrôle.	/	18/09/2024
R2	Aucun compte rendu des réunions institutionnelles avec l'association gestionnaire n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions institutionnelles avec l'association gestionnaire à la mission de contrôle.	1 mois	
R3	Aucun compte rendu des CODIR n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus des réunions institutionnelles de type CODIR.	1 mois	
R1	En l'absence de liens fonctionnels, l'organigramme, non daté, non nominatif, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	Recommandation 10 : Transmettre un organigramme nominatif, daté et à jour et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	/	18/09/2024