

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00283



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence de la Baie d'Authie sis 575 rue du Général de Gaulle à FORT-MAHON-PLAGE (80120) 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 03 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 décembre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 05 janvier 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.

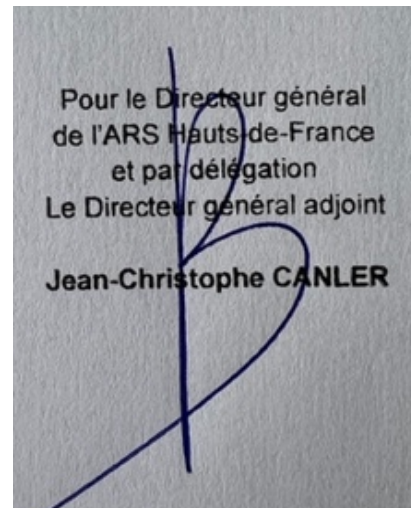
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances fixées**, les documents demandés ainsi

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

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 Gwennaëlle ESTHER, 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 de la Baie d'Authie à FORT-MAHON-PLAGE (80120) initié le 03 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)
E10	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, y compris au sein du PASA, 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.	1 mois	
E11	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), 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.			
E12	En raison de la présence d'une seule Assistante de Soins en Gériatrie (ASG), le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme à l'article D312-155-0-1 du CASF.			
E18	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E2	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	
E17	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement	Prescription n°3 : Etablir les projets personnalisés des	7 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)
	aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	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.		
E4	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription n°4 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement en y intégrant : <ul style="list-style-type: none"> - un projet de soins conformément aux dispositions des articles L.311-8 et D.312-158 du CASF ; - les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF. 	6 mois	
E14	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E15	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E5	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.			
E8	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	
E9	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.			
E13	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription n°6 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.	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)
R2	En l'absence de connaissance et d'appropriation des protocoles et des documents institutionnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.			
E1	La Commission de Coordination Gériatrique n'a pas été réunie depuis le 10/12/2021 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	Prescription n°7 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		05/01/2024
E3	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°8 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF et faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au Président du CVS conformément à la réglementation.	3 mois	
E6	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation, et en l'absence de consultation des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions des articles L. 311-7 et R. 311-33 du CASF.	Prescription n°9 : Consulter le CVS ou une autre forme de participation ainsi que les instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement et inclure la périodicité de modification conformément à l'article R. 311-33 du CASF.	3 mois	
E7	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Prescription n°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 téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E16	Le RAMA n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3 alinéa 9 et D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription n°11 : 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	
R13	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 ou une réclamation.	Recommandation n°1 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	3 mois	
R8	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste notamment les ASH.	Recommandation n°2 : Etablir une fiche de poste pour les ASH et rédiger des fiches de postes spécifiques au poste de jour et au poste de nuit notamment pour les postes d'AS et d'ASH et les transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	
R9	Les fiches de tâches des postes de nuit ne font pas de distinction entre les			

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)
	postes d'AS et les postes d'ASH.			
R11	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formation sur les spécificités des personnes accueillies.	Recommandation n°3 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	4 mois	
R5	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°4 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	4 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation n°5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers et formaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R4	Le bilan des enquêtes de satisfaction n'est pas formalisé.			
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et la prévention de l'incontinence, à la fin de vie.	Recommandation n°6 : Elaborer en concertation avec les équipes et transmettre les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	3 mois	
R15	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°7 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	1 mois	
R1	Les liens entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisés.	Recommandation n°8 : 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	

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)
R10	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes et formations externes de l'établissement, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation n°9 : Transmettre les feuilles de présence pour l'ensemble des formations et sensibilisations réalisées.	1 mois	
R16	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.			
R6	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants des trois dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°10 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn-over des années 2020, 2021 et 2022.	1 mois	
R7	Le taux de turn-over des effectifs soignants des trois dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			