

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00301



LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Notre Dame de France sis 18 rue des Minimes à ABBEVILLE (80100) 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 16 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 21 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 24 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.

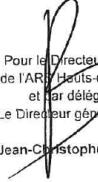
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Christian KUNSCH
Président
Association Chrétienne des Institutions Sociales et de Santé de France
199/201 rue Colbert Centre Vauban
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 effectives 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 président, 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 Laurent POULIN, directeur 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 Notre Dame de France à ABBEVILLE (80100) initié le 16 avril 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)
E9	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 agents de service ; 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 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ; prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.</p>	Dès réception du rapport	
E13	L'insuffisance des effectifs présents 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.			

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)
E15	Au regard de la charge de travail des professionnels soignants, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter le rythme de vie des résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF.			
E8	En l'absence de signalement des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, et notamment les événements relatifs à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 2 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		24/09/2024
E7	En l'absence de vérification systématique à l'embauche puis de manière régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 des personnes vulnérables.	Prescription 3 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E10	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 entend mobiliser pour mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur tel que le dispose l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	

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)
E11	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.	Prescription 5 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 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 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 7 : Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E14	L'établissement n'a pas transmis de rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9, et D. 312-158, alinéa 10, du CASF.	Prescription 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	
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 : Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.	3 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)
E3	En l'absence de consultation du CVS ou une autre forme de participation, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 10 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-19 du CASF.	Prescription 11 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF ; - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF ; - révisant le règlement intérieur (composition du CVS) et en le faisant valider par le CVS en place lors de sa 1 ^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF.	3 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			

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)
E16	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 12 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes de direction manquent de formalisme.	Recommandation 1 : Formaliser l'organisation des astreintes afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.		24/09/2024
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 2 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R11	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 3 : Former le personnel aux transmissions ciblées et aux protocoles internes de manière régulière puis transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.	6 mois	
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et sensibilisations sur les protocoles internes.			

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)
R10	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.	Recommandation 4 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais soient corrects.	1 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 5 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 7 : 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)
R7	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des effectifs soignants élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 8 : Etudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'EHPAD Notre Dame de France.	Recommandation 9 : Etablir un livret d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'EHPAD Notre Dame de France.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux chutes, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 10 : Etablir les protocoles relatifs aux chutes, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	6 mois	
R8	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste des AS ainsi que les fiches de tâches des postes assurés la nuit.	Recommandation 11 : Transmettre la fiche de poste des AS ainsi que les fiches de tâches des postes assurés la nuit.	1 mois	