



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00377


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Valérie sis place du Sana – Château Lambrecht à Montigny-en-Ostrevent (59182) 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 24 juillet 2024.

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

Par courrier reçu le 27 décembre 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 Patrick DEWASMES
Président du Conseil d'Administration
de l'EHPAD Résidence Valérie
Association Option d'Ostrevant
Place du Sana – Château Lambrecht
59182 MONTIGNY-EN-OSTREVENT

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'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Madame Isabelle ROUSSEL, 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 Valérie à Montigny-en-Ostrevent (59182) initié le 24 juillet 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)
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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « 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.	<p>Prescription n°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^o du CASF et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de tâches révisées à la mission de contrôle. Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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^o du CASF.</p>	Immédiat	
E12	L'insuffisance 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 ^o du CASF.			
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<p>Prescription n°2 : 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.</p>	Immédiat	
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	<p>Prescription n°3 : Faire signer le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement, conformément à la réglementation.</p>	/	27/12/2024

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)
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E8	En l'absence de vérification à l'embauche, puis de vérification 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 de personnes vulnérables.	Prescription n°5 : 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 des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	
E7	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 et aux recommandations de la HAS d'octobre 2024, les formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance ne sont pas régulièrement dispensées au sein de l'établissement.	Prescription n°6 : Former le personnel, conformément à la réglementation : - à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance ; - à la déclaration des événements indésirables ; - aux transmissions ciblées.	3 mois	
R5	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.			
R14	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
E16	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°7 : Etablir les projets d'accompagnement 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 PAP est réalisée. Formaliser un document relatif à la programmation annuelle de révision des PAP, en précisant les dates d'admission, du 1 ^{er} et du dernier PAP pour chaque résident.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'un document relatif à la programmation annuelle de révision des PAP.			

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)
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°8 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : - sa composition ; - la signature des comptes rendus par le président.	3 mois	
E2	Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions des articles L. 311-8, D. 311-38-3 et D. 311-38-4 du CASF, ainsi que des recommandations de la HAS de mai 2010 et d'octobre 2024.	Prescription n°9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E13	Le projet de soins ne présente pas l'ensemble de la prise en charge médicale dont les soins palliatifs, contrairement aux articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF.			
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33, R. 311-37 et R. 311-37-1 du CASF.			
E6	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, ainsi qu'aux recommandations de la HAS d'octobre 2024.			
E15	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.			

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)
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF et de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°10 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E4	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
R7	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2008.	Recommandation n°1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	/	27/12/2024
R6	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions sur les modalités de déclaration externe des EIG.	Recommandation n°2 : Actualiser la procédure de signalement des événements indésirables.	1 mois	
R2	La procédure de prévention et de lutte contre la maltraitance n'a pas été révisée depuis 2018.	Recommandation n°3 : Mettre à jour la procédure de prévention et de lutte contre la maltraitance.	1 mois	
R3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation n°4 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation n°5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	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 pas réalisées.	Recommandation n°6 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été révisée depuis 2018.	Recommandation n°7 : Mettre à jour la procédure d'admission.	3 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)
R15	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs.	Recommandation n°8 : Etablir et transmettre un protocole relatif aux soins palliatifs.	/	27/12/2024
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°9 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°10 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R1	La directrice ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation n°11 : Etablir une fiche de poste pour le personnel de l'établissement dont la directrice.		
R10	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de poste. Une des fiches de tâches des agents d'entretien n'est pas lisible.	Réviser la fiche de tâches « Fiche de déroulement de poste Agent d'entretien POLYVALENT ».	2 mois	