

Lille, le 28 AOUT 2023

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00140


Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Madame Elisabeth MONNIN
Directrice de l'EHPAD Résidence Abbé Lefrançois
24, rue du Stade
59181 STEENWERCK

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Abbé Lefrançois sis 24, rue du Stade à Steenwerck (59181) initié le 19 avril 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Abbé Lefrançois sis 24, rue du Stade à Steenwerck (59181) 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 19 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 5 juillet 2023.

Par courrier reçu le 7 juillet 2023, 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

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 territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

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 Abbé Lefrançois à STEENWERCK (59181) initié le 19 avril 2023

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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) |
|--|--|--|------------------------|--|
| E4 | L'établissement ne dispose pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conforme à l'article D. 312-160 du CASF. | Injonction 1: Réviser le plan bleu conformément à l'article D. 312-160 du CASF. | 2 mois | |
| R2 | Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement. | | | |
| 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 agents des services hospitaliers ; 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 | Prescription 1: Supprimer les glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents. | 1 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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) |
|--|--|--|------------------------|--|
| | sous la responsabilité d'un IDE. | | | |
| E7 | Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | 3 mois | |
| E9 | Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice d'établissement. | Prescription 3 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le médecin coordonnateur et la directrice d'établissement. | 3 mois | |
| E1 | En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. | Prescription 4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF. | 4 mois | |
| E6 | Les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental ainsi que les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. | Prescription 5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires. | 3 mois | |
| E3 | En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. | | | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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) |
|--|--|--|------------------------|--|
| E5 | En ne précisant pas la date de consultation du CVS ou des instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF. | | | |
| E10 | En ne mentionnant pas les mesures administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-4 du CASF. | | | |
| E2 | 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, D. 311-9 et D. 311-20 du CASF. | Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - mettant à jour le règlement de fonctionnement. | 3 mois | |
| R1 | Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour. | | | |
| E11 | 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 7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | | 07/07/2023 |
| R3 | Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés. | Recommandation 1 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires. | 1 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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) |
|--|--|---|------------------------|--|
| R4 | Le contrat de travail d'un membre du personnel n'a pas été transmis à la mission de contrôle. | Recommandation 2 : Transmettre le contrat de travail du personnel manquant. | | 07/07/2023 |
| R6 | Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables. | Recommandation 3 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles internes. | 3 mois | |
| R12 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie. | Faire signer systématiquement des feuilles d'émargement. | | |
| R8 | L'établissement a renseigné un taux d'absentéisme des effectifs soignants 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. | 6 mois | |
| R7 | Le PASA ne fonctionnant qu'une journée durant la dernière semaine de mars, l'établissement ne respecte pas le cahier des charges relatif au PASA. | Recommandation 5 : Assurer le fonctionnement du PASA du lundi au vendredi à minima. | 1 mois | |
| R9 | La fiche de poste de l'auxiliaire de vie fait état de diplômes et de missions dévolues à un AS/AMP. | Recommandation 6 : Réviser la fiche de poste de l'auxiliaire de vie. | 1 mois | |
| R10 | La procédure d'admission est incomplète. | Recommandation 7 : Compléter la procédure d'admission. | 3 mois | |
| R5 | Les procédures de gestion interne des événements indésirables n'ont pas été révisées depuis 2012 et 2013. | Recommandation 8 : Réviser les procédures de gestion interne des événements indésirables. | | 07/07/2023 |
| R11 | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences et au circuit du médicament. | Recommandation 9 : Etablir les protocoles relatifs aux urgences et au circuit du médicament. | 3 mois | |

