

Lille, le 09 JUL. 2024

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00406

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Carole BRIDOUX
Directrice du centre hospitalier
intercommunal de Wasquehal
2, rue Salvador Allende
59290 WASQUEHAL

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Le Molinel sis 2, rue Salvador Allende à Wasquehal (59290) initié le 14 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Le Molinel sis 2, rue Salvador Allende à Wasquehal (59290) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 16 mai 2024.


Par courrier reçu le 21 juin 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'agence régionale de santé, 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 dates 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 Le Molinel à WASQUEHAL (59290) initié le 14 décembre 2023

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 agents de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches.	1 mois	
E9	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 2 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	
E6	En ne vérifiant pas régulièrement le bulletin du casier judiciaire national des agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-8 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 3 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E7	En l'absence de signalement de l'ensemble des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, 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 4 : 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, et notamment les événements de 2023 ayant donné lieu à RETEX.		21/06/2024

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)
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E2	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 6 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.		21/06/2024

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)
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.	Prescription 7 : Présenter le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement et le plan bleu au CVS ainsi qu'aux autres instances de participation instituées au sein de l'établissement.	4 mois	
E4	Le plan bleu ne précise pas la date de présentation au CVS ainsi qu'aux autres instances de participation instituées et n'est pas révisé annuellement conformément aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF.			
E5	Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
R7	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	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)
R3	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance.	Recommandation 2 : Former et sensibiliser régulièrement le personnel notamment à la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance et aux spécificités des personnes accueillies, et transmettre les feuilles d'émargement.	6 mois	
R11	L'établissement ne prévoit pas régulièrement des sensibilisations internes.			
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.			
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, les changes et la prévention de l'incontinence ainsi que les soins palliatifs.	Recommandation 3 : Formaliser les protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence ainsi qu'aux soins palliatifs.		21/06/2024
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale de manière annuelle auprès des résidents, des familles et des équipes.	Recommandation 4 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière annuelle.	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)
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R8	Les taux d'absentéisme des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022.	1 mois	
R9	Les taux de turn over des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			
R14	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		21/06/2024

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)
R2	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre à la mission contrôle la composition du CVS (procès-verbal des élections).	1 mois	
R12	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.	Recommandation 9 : Transmettre à la mission contrôle le rapport annuel d'activité médicale.	1 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)
R13	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Réviser la procédure d'admission.	1 mois	
R1	L'organigramme ne détaille pas l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD.	Recommandation 11 : Formaliser un organigramme spécifique à l'EHPAD détaillant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.	2 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)
R10	L'établissement n'a pas complété la partie relative aux informations concernant les effectifs présents au sein de l'UVA.	Recommandation 12 : Compléter et transmettre la partie relative aux informations concernant les effectifs présents au sein de l'UVA dans la pièce justificative 1.1 Questionnaire du contrôle sur pièces.	1 mois	
R6	Le médecin coordonnateur ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 13 : Formaliser une fiche de poste pour le médecin coordonnateur.	1 mois	