

Lille, le 13 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2022-HDF-0266  


Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Madame Louise DE BISSCHOP DELAGE  
Directrice de l'EHPAD Résidence Aigue Marine  
Rue de la Petite Mare  
59123 BRAY-DUNES

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : mesures correctives suite au contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Aigue Marine sis rue de la Petite Mare à Bray-Dunes (59123) initié le 28 octobre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence Aigue Marine sis rue de la Petite Mare à Bray-Dunes (59123) 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 28 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 2 mai 2023. Par courrier reçu le 31 mai 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.

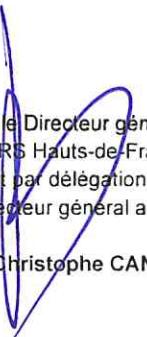
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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](mailto: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 Aigue Marine à BRAY DUNES (59123) initié le 28 octobre 2022

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)
E7	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, y compris au sein du secteur sécurisé, en termes de nombre d'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.			
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 agents de service hospitalier. 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><b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, de jour et de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.</p>	1 mois	
E8	Les modalités de surveillance du secteur sécurisé la nuit sont insuffisamment organisées, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.			
E1	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur contrairement aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<p><b>Prescription 2 :</b> Recruter un médecin coordonnateur à 0,60 ETP.</p>	5 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<p><b>Prescription 3 :</b> Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.</p>	3 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)
E10	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	<b>6 mois</b>	
E11	En l'absence de médecin coordonnateur, le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> 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.	<b>3 mois</b>	
E12	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et les évaluer périodiquement.	<b>3 mois</b>	
R10	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>6 mois</b>	
E4	En ne disposant pas d'un plan bleu formalisé et annexé au projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E6	Le fonctionnement du CVS de l'établissement contrevient aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-6, D. 311-9 et D. 311-19 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - élisant un président du CVS ; - faisant signer les comptes rendus des procès-verbaux par le président du CVS ; - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	<b>3 mois</b>	
R1	La directrice de l'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste présentant ses missions.	<b>Recommandation 1 :</b> Etablir la fiche de poste de la directrice d'établissement.		<b>31/05/2023</b>

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <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)
R3	Le personnel de l'établissement n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.			
R7	L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation interne formalisé.	<b>Recommandation 2 :</b>  Etablir un plan de formation interne comprenant la formation du personnel aux protocoles internes, aux transmissions ciblées et à la déclaration des événements indésirables.  Faire signer systématiquement lors des formations internes et externes dans feuilles de présence.	<b>6 mois</b>	
R8	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			
R12	Le plan de formation de l'établissement ne prévoit pas de formation sur les transmissions ciblées.			
R15	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.			
R4	L'établissement ne dispose pas de procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	<b>Recommandation 3 :</b>  Etablir une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	<b>3 mois</b>	
R11	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, aucune étude sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade n'est réalisée.	<b>Recommandation 4 :</b>  Etudier les délais de réponse aux appels malade afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	<b>3 mois</b>	
R5	La procédure ne mentionne pas la réalisation de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.	<b>Recommandation 5 :</b>  Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	<b>3 mois</b>	
R9	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 6 :</b>  Compléter la procédure d'admission.	<b>3 mois</b>	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>Recommandation 7 :</b>  Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>3 mois</b>	
R13	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, la nutrition, la douleur, le circuit du médicament, les soins palliatifs et la fin de vie.	<b>Recommandation 8 :</b>  Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, la nutrition, la douleur, le circuit du médicament, les soins palliatifs et la fin de vie.	<b>6 mois</b>	
R14	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.	Evaluer les protocoles de manière périodique.		
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <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)
R2	Les comptes rendus des CODIR ne sont pas formalisés.	<b>Recommandation 9 :</b> Rédiger les comptes rendus des CODIR.	3 mois	