



Le directeur général

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00111



05 JUIL. 2024

Lille, le

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence de l'AA sis 5, rue George Sand à Gravelines (59820) 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 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 15 mai 2024.

Par courrier reçu par mes services le 18 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

Madame Elisabeth PRZYBYLA
Présidente du conseil d'administration
de l'EHPAD Résidence de l'AA
Association de gestion de la MAPI
5, rue George Sand
59820 GRAVELINES

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, 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

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Copie à Monsieur Olivier DOLLET, directeur de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence de l'AA à GRAVELINES (59820) initié le 28 février 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	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	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.	Prescription n°1 : Supprimer les glissements de tâches et 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.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3 ^o du CASF.	Prescription n°2 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E8	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°3 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E14	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 n°4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E13	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°5 : 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 s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	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)
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°6 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : - sa composition ; - sa fréquence ; - la signature des comptes rendus par le président.	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E5	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.			
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E6	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.			
E7	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.			
E12	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.			
E4	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de	Prescription n°8 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative	6 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)
	gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.		
R13	Le temps de travail mentionné sur la fiche de paie du médecin coordonnateur est différent du temps de travail acté dans son contrat de travail.	Recommandation n°1 : Transmettre à la mission de contrôle la dernière fiche de paie et le dernier avenant du médecin coordonnateur.	1 mois	
R19	Le dernier rapport annuel d'activité médicale n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°2 : Transmettre le dernier rapport annuel d'activité médicale.	1 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation n°3 : Etablir <ul style="list-style-type: none"> - une procédure de gestion interne des événements indésirables ; - une procédure de signalement des événements indésirables. 	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de signalement des événements indésirables.	Recommandation n°4 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.		
R9	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation n°5 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	4 mois	
R11	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation n°6 : Etablir un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance formalisé.	3 mois	
R3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance formalisé.	Recommandation n°7 : Réaliser <ul style="list-style-type: none"> - le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - une enquête de satisfaction globale de manière régulière. 	3 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation n°8 : Réaliser un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.		
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation n°9 : Réviser le poste occupé ou le diplôme inscrit dans le tableau récapitulatif et nominatif		18/06/2024
R7	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.			
R4	Le diplôme d'un professionnel soignant n'est pas en adéquation avec le poste occupé.			

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)
		du personnel.		
R21	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°10 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R2	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence du directeur.	Recommandation n°11 : Organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le document unique de délégation du directeur.	Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle le document unique de délégation du directeur.	1 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas de plan de formation interne/externe.	Recommandation n°13 : Etablir un plan de formation interne/externe et mettre en place des sensibilisations internes.	3 mois	
R18	L'établissement ne prévoit pas régulièrement de sensibilisations internes.			
R20	La procédure d'admission n'est pas formalisée.	Recommandation n°14 : Formaliser la procédure d'admission.	3 mois	
R23	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation n°15 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation n°16 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R14	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°17 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn-over des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		18/06/2024
R15	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.			
R16	Le personnel de nuit ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°18 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de nuit.	2 mois	
R25	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°19 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	
R26	En l'absence de dates de création/mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation n°20 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	6 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)
R22	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation n°21 : Faire signer systématiquement lors de sensibilisations et formations des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle concernant les thématiques suivantes : - les transmissions ciblées ; - les protocoles internes.	3 mois	
R24	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.			