



Le directeur général

Lille, le 13 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0251



LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD La Verderie sis 40, rue Pasteur à Haubourdin (59320) 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 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 3 mai 2023. Par courrier reçu par mes services le 26 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 contrôles 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.

Madame Christine WENDLING-BOCQUET
Directrice générale
UGECAM Hauts-de-France
2, rue d'Iéna CS70004
59043 LILLE CEDEX

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 directrice générale, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par déléation
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 La Verderie à HAUBOURDIN (59320) initié le 24 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)
E4	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 1 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP et mettre à jour sa fiche de poste afin de se conformer à la réglementation.	2 mois	
E5	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 2 : Etablir un rapport annuel d'activités médicales conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9, et D. 312-158, alinéa 10, du CASF.	2 mois	
E9	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.	Prescription 3 : Formaliser les modalités d'élaboration des projets personnalisés des résidents, les rédiger et les mettre en œuvre dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF. S'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
R8	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	Prescription 4 : Former l'ensemble du personnel à la promotion de la bientraitance, à la prévention de la maltraitance ainsi qu'à la déclaration des événements indésirables.	3 mois	
R9	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.			
R10	En raison de l'absence de renouvellement des projets personnalisés, ceux-ci ne sont plus mis en œuvre.	Prescription 4 : Former l'ensemble du personnel à la promotion de la bientraitance, à la prévention de la maltraitance ainsi qu'à la déclaration des événements indésirables.	3 mois	
E6	Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007, aucune formation relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.			
R4	En ne mentionnant pas la formation aux événements indésirables dans les plans de formations internes et externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			

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)
E2	Les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance et les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental 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, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.			
E7	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.			
R2	Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement.			
E10	En ne mentionnant pas les conditions d'élaboration de l'avenant précisant les objectifs et prestations adaptées à la personne, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	3 mois	
E8	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E3	La composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunions par sa présidente, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité la composition du CVS et faire signer systématiquement les procès-verbaux des réunions conformément aux articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	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)
R11	Au regard de la charge de travail des personnels soignants et au regard de l'absence de projets personnalisés, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter les rythmes de vie des résidents.	Recommandation 1 : Stabiliser les équipes et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant afin de respecter les rythmes de vie des résidents.	3 mois	
R5	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
R6	L'établissement a renseigné un taux d'absentéisme élevé concernant les AS, AES et AMP sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 2 : Analyser les causes de l'absentéisme des AS, AES et AMP, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	
R3	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 3 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.		
R13	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 4 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes, effectuer des évaluations de manière périodique et mettre en place des réunions d'analyses des pratiques.	3 mois	
R14	L'établissement ne met pas en place de réunions d'analyses de pratiques concernant les difficultés d'enracinement de certains protocoles dans les habitudes des professionnels.			
R15	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			
R7	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure d'admission.	3 mois	
R12	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont réalisées que de manière occasionnelle suite à des dysfonctionnements ou réclamations.	Recommandation 6 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à des dysfonctionnements ou réclamations.		
R1	L'organigramme transmis par l'établissement n'est pas daté.	Recommandation 7 : Ajouter la date de mise à jour de l'organigramme.		