

Le directeur général

Lille, le 26 SEP. 2024

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00091

LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Sainte Geneviève sis 24 rue de Verdun à MARQUILLIES (59274) 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 février 2024.

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

Par courrier reçu par mes services le 3 septembre 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.

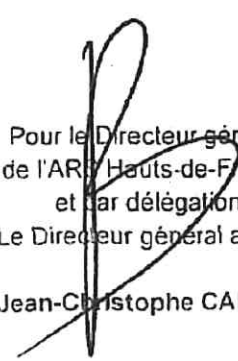
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective

Madame Sandrine VUYE
Directrice de l'EHPAD Sainte Geneviève
24 rue de Verdun
59274 MARQUILLIES

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 directrice, 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(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Sainte Geneviève à MARQUILLIES (59274) initié le 19 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)
E11	Le temps de travail moyen d'une AS de jour étant de 0.4 ETP pour 35 résidents met en exergue que le manque de personnel soignant au jour du contrôle ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, conformément aux modalités de l'article L. 311-3, 3° du CASF, et que 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 soins ; 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 1 : Recruter le personnel nécessaire 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 et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Dès réception du rapport	

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)
E14	Dans la mesure où une 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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E10	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 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	

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	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 4 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E6	L'établissement ne dispose pas de plan bleu 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.	Prescription 5 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement.	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)
E5	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.	Prescription 6 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger un projet d'établissement et y intégrer les modalités du plan bleu ; - Rédiger un projet général de soins ; - Réviser le livret d'accueil ; - Etablir un règlement de fonctionnement ; - Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale. 		
E12	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.			
E8	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance et à la personne de confiance.			
E7	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.			

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)
E4	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.			03/09/2024
E2	La continuité de la fonction de direction, en l'absence de la directrice, n'est pas suffisamment organisée et sécurisée, contrairement aux articles D. 312-176-7 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 7 : Définir et organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	1 mois	
E3	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E1	La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312-176-5 du CASF.	Prescription 9 : Etablir un document unique de délégation pour le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	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)
E13	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription 10 : Soumettre le RAMA pour signature au médecin coordonnateur et au directeur de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.		03/09/2024
R3	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 1 : Transmettre la composition du CVS à la mission contrôle.		03/09/2024
R15	En l'absence de précision quant aux effectifs soignants présents en journée au sein de l'UVA, la mission contrôle ne peut garantir la sécurité et la qualité des soins apportés aux résidents en UVA.	Recommandation 2 : Transmettre à la mission contrôle des précisions quant aux effectifs soignants présents, le jour et la nuit, au sein de l'UVA.		03/09/2024

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)
R16	En l'absence de précision quant aux qualifications du personnel assigné de nuit en UVA, la mission contrôle ne peut garantir la sécurité et la qualité des soins apportés aux résidents en UVA.			
R22	L'établissement ne prévoit pas l'accessibilité des projets personnalisés contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 3 : Prévoir l'accessibilité des projets personnalisés aux personnes compétentes conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.		03/09/2024
R21	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé formalisée.	Recommandation 4 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.		03/09/2024

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)
R4	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation 5 : Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	1 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale de manière annuelle auprès des résidents, des familles et des équipes.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	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)
R6	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 7 : Etablir un plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R7	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 8 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R23	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 9 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	2 mois	
R24	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à l'hydratation, les changes et la prévention de l'incontinence, les soins palliatifs et la fin de vie.	Recommandation 10 : Formaliser des protocoles relatifs à l'hydratation, les changes et la prévention de l'incontinence, les soins palliatifs et la fin de vie.	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)
R8	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 11 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	4 mois	
R9	Au jour du contrôle, l'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 12 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.		03/09/2024
R18	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 13 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	6 mois	
R19	L'établissement ne prévoit pas de sensibilisations internes régulières.	Recommandation 14 : Mettre en place des sensibilisations internes.	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)
R25	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.	Recommandation 15 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations et sensibilisations sur les protocoles internes.	1 mois	
R1	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas formalisées.	Recommandation 16 : Définir et organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
R13	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 17 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	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)
R14	L'établissement a précisé des taux de turn over des équipes incohérents (taux supérieurs à 100%) en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 18 : Justifier les incohérences de déclaration des taux de turn over des équipes incohérents (taux supérieurs à 100%) en 2020, 2021 et 2022.	1 mois	
R11	L'établissement n'utilise pas, au jour du contrôle, le livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 19 : Utiliser le livret d'accueil du nouvel arrivant.	1 mois	
R20	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission.	Recommandation 20 : Formaliser une procédure d'admission.	2 mois	
R17	Il n'existe qu'une fiche de tâches AS / AMP / auxiliaire de vie en poste "S2" de 16h30 à 20h30 et qu'une fiche de tâche pour le personnel de nuit.	Recommandation 21 : Formaliser des fiches de tâches distinctes pour : <ul style="list-style-type: none"> - les AS/AMP et les auxiliaires de vie en poste "S2" de 16h30 à 20h30 ; - le personnel de nuit. 	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)
R12	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.	Recommandation 22 : Formaliser une fiche de poste pour le médecin coordonnateur précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.		03/09/2024
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 23 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R2	Les modalités et la fréquence d'organisation des rencontres entre le gestionnaire et la direction de l'établissement n'a pas été précisée dans le Questionnaire 1.1.	Recommandation 24 : Préciser et transmettre les modalités et la fréquence d'organisation des rencontres entre le gestionnaire et la direction de l'établissement.		03/09/2024