

Lille, le **11 JUIL, 2024**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00108



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur DOURNEL Christophe
Directeur d'établissement
EHPAD Résidence l'Aubépine
6, rue de l'oseraie
59270 METEREN

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence l'Aubépine sis 6, rue de l'Oseraie à Méteren (59270) initié le 27 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence l'Aubépine sis 6, rue de l'Oseraie à Méteren (59270) 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 27 février 2024.

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

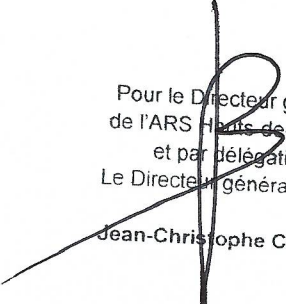
Par courrier reçu le 5 juin 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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 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 l'Aubépine à METEREN (59270) initié le 27 février 2024

Dans le cadre du contradictoire, l'établissement a demandé à ce que la mise en œuvre des mesures débute à la fin des deux intérim assurés par la direction. Au regard de cette charge de travail supplémentaire et à titre exceptionnel, l'équipe d'inspection a prolongé certains délais (absence d'aspect sécuritaire et nécessité de travaux de groupes).

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	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'Etat 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, stabiliser les équipes, et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification (y compris en UVA), afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	3 mois	
E11	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit, y compris en UVA), 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° du CASF.			
E6	En ne vérifiant pas systématiquement le bulletin du casier judiciaire national et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	Prescription 2 : Dans le cadre d'une démarche de prévention et lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité : - Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF; - 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; - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques	6 mois	
E7	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.			
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			

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 d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	professionnelles ; - Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière; - Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers; - Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.		
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			
R13	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 contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.			
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E8	En l'absence de signalement des événements indésirables 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.	5 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.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	Le plan bleu n'a pas été présenté aux instances du personnel et au CVS, ce qui contrevient à l'article articles R. 311-38-1 du CASF.			
E5	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.			
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.			
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 6 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		05/06/2024

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)
E13	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.	Prescription 7 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	6 mois	
E2	L'ensemble des comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale n'est pas signé par la présidente contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription 8 : Signer l'ensemble des comptes rendus du CVS par la présidente conformément à la réglementation.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 9 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
R10	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 1 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	9 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 2 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	5 mois	
R12	Les projets personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 3 : Réaliser une évaluation périodique des projets d'accompagnement individualisés des résidents.	5 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux soins palliatifs.	Recommandation 4 : Etablir et transmettre le protocole relatifs aux soins palliatifs.		05/06/2024
R6	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 5 : Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX et l'appliquer.	3 mois	
R7	Les RETEX ne sont pas formalisés.			
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée, au jour du contrôle, au sein de l'EHPAD.	Recommandation 6 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	3 mois	
R1	La fiche de poste du directeur n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre la fiche de poste du directeur et de l'ASHQ ainsi que l'ensemble des fiches de tâches du personnel soignant.	3 mois	
R9	La fiche de poste ASHQ et fiches de tâches de l'ensemble des salariés n'a pas été remise à la mission de contrôle.			

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 a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 8 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	9 mois	