

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00409



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Résidence du Clocher sis rue de l'Ancienne Abbaye à WORMHOUT (59470) 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 08 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 février 2025.

Par courrier reçu le 09 avril 2025, 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.

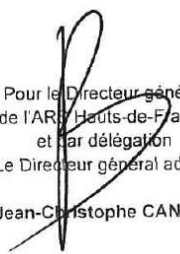
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, **dans le respect des échéances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

Monsieur David CALCOEN
Président du Conseil d'Administration
de l'EHPAD La Résidence du Clocher
47 place du Général de Gaulle
59470 WORMHOUT

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, 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

Copie à Madame Ambre BOURGOIS, directrice de l'établissement

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 Résidence du Clocher à WORMHOUT (59470) initié le 8 juillet 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
E8	<p>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 ASH « faisant fonction » d'AS ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.</p>	<p>Prescription 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.</p>	<p style="text-align: center;">Immédiat</p>	

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
E10	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de nuit, en termes 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.			
R9	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.			
E13	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.	Immédiat	

E7	En l'absence de vérification systématique à l'embauche puis de manière régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 des personnes vulnérables.	Prescription 3 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation.	1 mois	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E11	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	Prescription 5 : Faire signer le RAMA conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D.312-158 du CASF.	3 mois	
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D.311-5, D. 311-16 et D. 31120 du CASF.	Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des Articles D.311-5, D. 311-16 et D. 31120 du CASF.	3 mois	

E2	Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-3 du CASF ainsi qu'aux recommandations de la HAS.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'article R. 311-38-1 du CASF et aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
E4	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.			
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 et R. 311-35 du CASF et contrevient aux dispositions 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 mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de			

	prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre.			
E6	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 des articles D. 311 et L. 311-4 du CASF ainsi que 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.	Prescription 8 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions des articles D. 311 et L. 311-4 du CASF ainsi que 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.	3 mois	
R16	L'établissement ne dispose pas d'un document relatif à la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser un document relatif à la programmation annuelle de révision des projets personnalisés, en précisant les dates d'admission, du premier et du dernier projet personnalisé pour chaque résident ; - Mettre à jour la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé 		

R17	La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'actualisation.	afin qu'elle précise les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'actualisation.		
R15	Le protocole d'accueil en hébergement définitif est incomplet et n'a pas été mis à jour depuis 2012.	Recommandation 2 : Mettre à jour le protocole d'accueil en hébergement définitif en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R5	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et n'a pas été révisée depuis 2012.	Recommandation 3 : <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une procédure de déclaration interne et externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS ; - Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX. - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement. 	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).			
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX à la suite de la survenue des événements indésirables graves.			
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

R4	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.	Recommandation 4 : Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés ainsi que les fiches d'émargement de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière et que la composition est conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.3112-158 du CASF.	Recommandation 5 : Transmettre l'ensemble des comptes rendus demandés ainsi que les fiches d'émargement de la commission de coordination gériatrique à la mission de contrôle.	1 mois	
R18	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 réalisées que de manière occasionnelle à la demande d'une famille, d'un résident ou d'un personnel de l'EHPAD.	Recommandation 6 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades régulièrement afin de s'assurer que les délais sont corrects et transmettre les résultats de la dernière étude sur les délais de réponse aux dispositifs d'appels malade à la mission de contrôle.	3 mois	

R19	L'établissement n'a pas transmis les résultats de la dernière étude sur les délais de réponse aux dispositifs d'appels malade.			
R20	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 7 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R10	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 : Etudier les causes de l'absentéisme et de turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R11	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R13	Les fiches de tâches des agents sociaux hébergement de jour comportent des missions qui ne relèvent pas de leurs compétences.	Recommandation 9 : Mettre à jour les fiches de tâches des agents sociaux hébergement de jour afin qu'elles comportent des missions qui relèvent de leurs compétences.	1 mois	
R12	L'AS et l'ASH de nuit ne disposent pas de fiche de tâches distinctes.	Recommandation 9 : rédiger des fiches de tâches distinctes pour l'AS et l'ASH de nuit.	1 mois	

R2	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 10 : Formaliser l'organisation des astreintes en l'absence de la directrice	1 mois	
R14	Les feuilles d'émargement des formations externes/sensibilisations internes n'ont pas été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	Recommandation 11 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement afin de garantir à la mission de contrôle l'organisation régulière des formations internes/externes.	1 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme daté.	Recommandation 12 : Transmettre un organigramme daté et mis à jour.	1 mois	