

**Le directeur général**

Lille, le 14 DEC. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00296

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Notre-Dame de l'Accueil à LILLE (59000) 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 04/07/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 03/11/2023.

Par courrier reçu par mes services le 01/12/2023, 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 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](mailto: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

Monsieur Bertrand DABAN  
Directeur général  
Association Centre Feron-Vrau  
329, boulevard Victor Hugo  
59000 LILLE

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 directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

  
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

Copie à la direction de l'établissement.

Pièce(s) jointe(s) :

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

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Notre Dame de l'Accueil à LILLE (59000) initié le 4 juillet 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), en termes de qualification, 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.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches, s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, y compris le jour et la nuit, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément à la réglementation, et stabiliser les équipes	2 mois	
E8	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.			
R6	Au regard du nombre de CDD au cours du mois de juin 2023, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF et transmettre une fiche de poste conforme à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation et ne reprend pas			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
	l'ensemble des missions listées à l'article D. 312-158 du CASF.			
E1	Le directeur de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Engager le directeur dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	/	01/12/2023
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E6	En l'absence de vérification ou de renouvellement des extraits de casier judiciaire national pour les salariés, 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 5 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation	/	01/12/2023
E7	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.	<b>Prescription 6 :</b> 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.	/	01/12/2023
E14	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> 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 afin de respecter les rythmes de vie des résidents, et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	2 mois	
R9	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
E15	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E3	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.	<b>Prescription 8 :</b> Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	6 mois	
E4	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Consulter le CVS ou une autre forme de participation de façon systématique lors de l'élaboration et/ou mise à jour de documents institutionnels conformément à la réglementation	3 mois	
E5	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
E12	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.	<b>Prescription 10 :</b> Faire signer le RAMA conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF	/	01/12/2023
E13	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Mentionner dans le contrat de séjour qu'un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie doit être réalisé dans un délai maximum de 6 mois conformément à l'article D. 311 du CASF.	1 mois	
R10	La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé n'est pas actualisée depuis 2015.	<b>Recommandation 1 :</b> Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.	2 mois	
R7	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 2 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et à la gestion des stupéfiants et certaines procédures n'ont pas été mise à jour depuis 2008.	<b>Recommandation 3 :</b> Établir les protocoles relatifs aux troubles du comportement et à la gestion des stupéfiants.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R15	En l'absence de feuilles d'émargement récente, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 4 :</b> Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	5 mois	
R16	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	<b>Recommandation 5 :</b> Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R3	Les liens entre le directeur d'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisés	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 7 :</b> Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation 8 :</b> Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	6 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>Recommandation 9 :</b> Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	5 mois	
R8	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 10 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission.	2 mois	
R1	Le directeur d'établissement ne dispose pas de fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre une fiche de poste reprenant les missions de directeur.	3 mois	
R12	Il n'existe pas de temps de transmissions entre les équipes de l'après-midi et de nuit.	<b>Recommandation 12 :</b> Instaurer un temps de transmission entre chaque poste et mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement.	5 mois	
R13	Au jour du contrôle, les transmissions ne sont pas ciblées.			
R11	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.	<b>Recommandation 13 :</b> Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	