

Le directeur général

Lille, le - 3 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00332


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD l'Age d'or sis 1 allée des Epingleurs à BEAUVAISS (60000) 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 10 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 07 septembre 2023.

Par courriel reçu par mes services le 10 octobre 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, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi

Madame Elodie BRASSEUR
Directrice
EHPAD l'Age d'or
1 allée des Epingleurs
60000 BEAUVAISS

que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions.

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'agrérer, Madame la directrice, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délegation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

Pièce jointe :

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

Mesures envisagées

Contrôle sur pièces de l'EHPAD l'Age d'Or à BEAUV AIS (60000) initié le 10/07/2023

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E7	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.	P1 : Mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E9 E10	L'insuffisance des effectifs qualifiés présents par poste horaire 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. 311-3-3° du CASF.	P2 : Prévoir quotidiennement des effectifs qualifiés suffisants afin de garantir aux résidents une prise en charge de qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	2 mois	
	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.			
E6	L'établissement ne déclare pas systématiquement les événements indésirables graves liés ou non aux soins contrairement aux dispositions des articles L.331-8-1 du CASF et de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, notamment les erreurs médicamenteuses, les problématiques liées aux comportements violents d'usagers, ainsi que le retour d'hospitalisation d'un résident sans consigne de la part du CH concernant son traitement qui aurait pu amener à son décès.	P3 : Signaler sans délai 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, et notamment les événements mentionnés dans les comptes rendus transmis à la mission de contrôle relatifs : <ul style="list-style-type: none"> - aux erreurs médicamenteuses, - aux comportements violents d'usagers, - au retour d'hospitalisation d'un résident sans consigne de la part du CH sur son traitement qui aurait pu amener à son décès 	Dès réception du rapport	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	4 mois	
E14 E15	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF. 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 contrevenant ainsi aux dispositions de l'article L.311-3-3 du CASF.	P5 : 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, s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée et que les rythmes de vie individuelle soient pris en compte dans les rythme de vie collective.	6 mois	
E5	En ne disposant pas des diplômes de l'ensemble de ses agents et les extraits de casiers judiciaires des agents n'étant pas renouvelés régulièrement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et de la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique contre la maltraitance.	P6 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires et transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des diplômes du personnel.		
E2	En ne se réunissant pas minimum 3 fois par an et en n'intégrant pas le médecin coordonnateur dans sa composition, le CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D.311-16 et D.311-5 du CASF.	P7 : Organiser un fonctionnement du CVS conforme à la réglementation, notamment en le réunissant à minima 3 fois par an et en intégrant le médecin coordonnateur dans sa composition.		
E4	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	P8 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	2 mois	
E3	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas tous les points évoqués aux articles L.311-7 et R.311-36 du CASF.	P9 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement en y mentionnant notamment les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, les modalités de rétablissements des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et les dispositions relatives aux transferts et déplacements et aux modalités de transports et le présenter au CVS.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E11	Le projet de soins ne précise pas les mesures propres à assurer les soins palliatifs et ne contient pas de plan de formation spécifique du personnel concernant les soins palliatifs, ce qui est contraire aux dispositions des articles D. 312-158 et D311-38 du CASF.	P10 : Mettre à jour le projet de soins en y précisant les mesures propres à assurer les soins palliatifs et le plan de formation spécifique du personnel.	6 mois	
E13	Les conditions tarifaires de l'établissement ne sont pas précisées dans le contrat de séjour contrairement aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	P11 : Préciser dans le contrat de séjour l'option tarifaire de l'établissement et par conséquent les conditions tarifaires en découlant.		
E1	En l'absence d'un représentant du conseil de la vie sociale, la composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	P12 : Mettre en conformité la composition de la commission de coordination gériatrique.		
E12	Le RAMA n'est pas rédigé avec le concours de l'équipe soignante contrairement aux dispositions de l'article Article D. 312-158 du CASF.	P13 : Rédiger le prochain RAMA avec le concours de l'équipe soignante.	6 mois	
R4	Au regard du nombre de CDD présents dans les effectifs soignants et conclus au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes, notamment sur la fonction IDE.	R1 : Stabiliser les équipes, notamment l'équipe IDE afin d'améliorer la prise en charge des résidents.		
R5	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation relative à l'encadrement.	R2 : Incrire l'infirmière coordinatrice faisant fonction à une formation relative à l'encadrement		
R9	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.	R3 : Transmettre les feuilles d'émargement aux sensibilisations aux protocoles.		
R6	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.	R4 : Étudier les causes du turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R3	Le plan bleu n'est pas mentionné ou annexé au projet d'établissement.	R5 : Faire mention du plan bleu dans le projet d'établissement et l'annexer à celui-ci.		
R8	La procédure d'admission est incomplète.	R6 : Mettre à jour la procédure d'admission en y précisant notamment les critères d'admissions et de non admission, et les modalités de traitement de la demande d'entrée.	4 mois	
R7	Les infirmiers et aides-soignants de l'unité Alzheimer ne disposent pas de fiches de tâches.	R7 : Elaborer des fiches de tâches pour les infirmiers et aides-soignants de l'unité de vie Alzheimer.		
R1	Les modalités d'intérim en cas d'absence de la directrice ne sont pas suffisamment définies.	R8 : Préciser qui est en charge de l'intérim de la directrice en son absence.		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
R2	Aucun compte-rendu des réunions avec l'organisme gestionnaire n'a été transmis.	R9 : Transmettre les comptes rendus ou justificatifs des réunions avec l'organisme gestionnaire.	2 mois	