

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00293



LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Sainte Famille situé au 146 avenue Ferber à Marquise (62250) 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 28 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 janvier 2025.

Par courriel reçu le 05 mars 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.

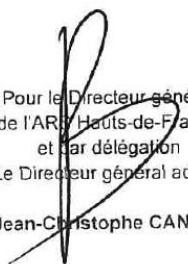
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale.

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

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 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.


Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Copie à Monsieur Nicolas NION, le directeur 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 Sainte Famille à MARQUISE (62250) initié le 28 mai 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)
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas entièrement conforme à la capacité autorisée dans la décision conjointe relative au transfert d'autorisation datée du 31 décembre 2020.	Prescription n°1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	Immédiat	5 mars 2025
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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat	Prescription n°2 : Entreprendre les démarches permettant de prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, en nombre et en qualification (supprimer les glissements de tâches notamment) et transmettre un échéancier afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF.	6 mois	

	d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.			
--	---	--	--	--

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
R4	Plusieurs professionnels affectés aux soins ne bénéficient pas d'un diplôme en cohérence avec le poste occupé.			
E9	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3-3° du CASF n'est pas garantie.			

E8	<p>Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p>	<p>Prescription n°3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour atteindre un temps de coordination médicale conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p>	Immédiat	
E16	<p>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.</p>	<p>Prescription n°4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	Immédiat	5 mars 2025
E14	<p>Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D311 et D312-155-0 du CASF.</p>	<p>Prescription n°5 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisé des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.</p>	6 mois	

E15	En ne prévoyant pas de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident, la trame du projet d'accompagnement personnalisé contrevient aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°6 : Réviser la trame du projet d'accompagnement personnalisé en prévoyant de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	5 mars 2025
E2	En n'intégrant pas le médecin coordonnateur, un représentant des mandataires judiciaires, et un représentant des bénévoles au sein du CVS, la composition de l'instance contrevient aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription n°7 : Revoir la composition du CVS en y intégrant le médecin coordonnateur, un représentant des mandataires judiciaires, et un représentant des bénévoles, afin de satisfaire aux dispositions de l'article D311-5 du CASF.	5 mois	5 mars 2025
E6	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 et au Guide de la HAS du 3 octobre 2024 relatif à la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissement, des formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance ne sont pas régulièrement dispensées au sein de l'établissement.	Prescription n°8 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en mettant en œuvre, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte de la maltraitance.	6 mois	
E10	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli, et n'organise pas de formation aux gestes et soins d'urgence contrairement aux dispositions de l'arrêté du 30 décembre	Prescription n°9 :	2 mois	

	2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	Intégrer aux plans de formations annuels des formations et / ou sensibilisations internes/externes portant sur : <ul style="list-style-type: none"> • les spécificités du public accueilli ; • les gestes et soins d'urgence conformément à la réglementation ; • les transmissions ciblées ; • les protocoles et les procédures internes. 		
R11	Les professionnels de l'établissement ne sont pas régulièrement formés aux transmissions ciblées.			
R1	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne aux protocoles et aux procédures.			
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°10 : Formaliser un nouveau projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins, conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	6 mois	
E11	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			
E4	Le plan bleu détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, n'est pas annexé au projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°11 : Annexer au projet d'établissement nouvellement révisé le plan bleu détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle	6 mois	

		conformément aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.		
E13	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret 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 n°12 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 31 du rapport de contrôle).	3 mois	
E5	En n'étant pas révisé régulièrement et en ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'article L311-4 et de l'annexe 2-3-1 correspondante au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD.	Prescription n°13 : Réviser le livret d'accueil, en modifiant notamment les modalités de facturation aux usagers, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD mentionné dans l'annexe 2-3-1 correspondante au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD (cf. pages 14 et 15 du rapport de contrôle).	3 mois	5 mars 2025

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
E12	En ne disposant pas d'un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°14 : Formaliser un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions des articles D. 312158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	2 mois	
R9	Il existe une incohérence entre les horaires des repas transmis par la direction et les horaires mentionnés dans le règlement de fonctionnement.	Recommandation n°1 : Réviser le règlement de fonctionnement en s'assurant que les horaires des repas mentionnés soient concordants à la réalité.	3 mois	5 mars 2025
R1	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas régulièrement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°2 : Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	5 mars 2025

R5	<p>En raison de la faible représentativité des résultats des enquêtes de satisfaction, et en l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité globale, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.</p>	<p>Recommandation n°3 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en assurant une meilleure représentativité des résultats des enquêtes de satisfaction, et en élaborant un plan global d'actions d'amélioration continue de la qualité.</p>	<p>6 mois</p>	
----	--	--	----------------------	--

R8	En ne décrivant pas le processus de préadmission d'un résident en EHPAD, la procédure « d'admission permanente ou temporaire » est incomplète.	Recommandation n°4 : Réviser la procédure « d'admission permanente ou temporaire » en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires liées au processus de préadmission d'un nouveau résident en EHPAD (cf. page 30 du rapport de contrôle).	3 mois	
R6	ne Les professionnels d'hôtellerie ne disposent pas de fiches de tâches.	Recommandation n°5 : Formaliser des fiches de tâches pour les professionnels d'hôtellerie.	3 mois	5 mars 2025
R7	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement des formations (ou attestations de formation), la mission de contrôle ne peut s'assurer de l'effectivité des plans.	Recommandation n°6 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement et / ou attestations de réalisation des formations et des sensibilisations inscrites dans les plans 2022 et 2023.	1 mois	5 mars 2025
R3	Aucun compte rendu des réunions institutionnelles de type CODIR n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°7 : Transmettre à la mission de contrôle les comptes rendus : - des réunions institutionnelles avec l'organisme gestionnaire ; - des réunions de type CODIR.	1 mois	
R2	En l'absence de transmission des comptes rendus des réunions institutionnelles, la mission de contrôle ne peut pas s'assurer que les liens entre le directeur de l'EHPAD, et le directeur général de l'association sont effectifs.			

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)
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation n°8 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes mobilisées.	1 mois	5 mars 2025