

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00152



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence de France situé au 673 rue du Général Leclerc à BEUVRY (62660) 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 22 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 07 août 2024.

Par courriel reçu par mes services le 02 septembre 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.

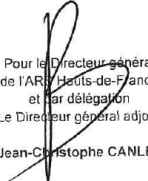
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Pascal GUERIN
Président du groupe DOMIDEP
EHPAD Résidence de France
673 rue du Général Leclerc
62660 BEUVRY

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 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 Monsieur RAMBAUT Julien, 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 Résidence de France à BEUVRY (62660) initié le 22 mars 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)
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-1550 du CASF.	Prescription 1 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	Dès réception du rapport	
E5	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. 1336 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;	5 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.			

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)
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ; - Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière; - Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers. 		
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			
R7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			

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)
E4	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Prescription 3 : Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement, projet de soins et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	4 mois	
E3	Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel et du CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E7	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF.			

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)
E2	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.	Prescription 4 : Assurer la présidence du CVS par une représentant des personnes accueillies conformément aux dispositions de l'article D311-9 du CASF et réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	6 mois	
E1	La présidence du CVS n'étant pas assurée par un représentant des personnes accueillies, le CVS n'est donc pas conforme aux dispositions de l'article D311-9 du CASF.			
E8	Le RAMA n'est pas conforme aux articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.	Prescription 5 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant : - les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, -l'organisation des soins, puis le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	4 mois	

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	Au regard de l'horaire des couchers et de l'absence de garantie d'élaboration des projets de vie individualisés, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 6 : Transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés et respecter leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 3° du CASF.	1 mois	02 septembre 2024
R1	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.			

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)
R11	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 2 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R1	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R1	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 4 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.	4 mois	02 septembre 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)
R3	Le CODIR ne se réunit pas de manière régulière.	Recommandation 5 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	02 septembre 2024
R2	Les rencontres entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	Recommandation 6 : Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 7 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	1 mois	02 septembre 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)
R1	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 du taux d'absentéisme des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	02 septembre 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)
R1	Le taux de turn over du personnel n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre le taux de turn-over des effectifs soignants (2020 à 2022).	1 mois	02 septembre 2024
R1	Le nombre d'ETP CDD pour l'ensemble du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 10 : Transmettre le nombre d'ETP CDD pour l'ensemble du personnel soignant	1 mois	02 septembre 2024
R8	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	3 mois	