

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00297

Lille, le

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Soleil d'Automne sis 3 place du Nouveau Canteleu et 7 allée du Béguinage à LAMBERSART (59130) 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 4 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 18 décembre 2023.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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.

Madame Marie-Gérard MAILLIET

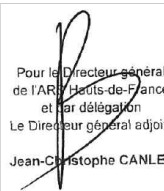
Présidente

Association de gestion des établissements et services pour seniors

27 avenue Georges Clemenceau

59130 LAMBERSART

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, 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 Marc-Antoine HAVERBEKE, 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 Soleil d'Automne à LAMBERSART (59130) initié le 04 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) |
|--|--|--|------------------------|---|
| 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 AVS ; 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. | Prescription n°1 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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° du CASF. | 1 mois | |
| E10 | L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), en termes de nombre et 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. | | | |
| E11 | En raison de la présence d'une seule Assistante de Soins en Gériatrie (ASG), le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme à l'article D. 312-155-0-1 du CASF. | | | |

| 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) |
|--|--|--|------------------------|---|
| E12 | La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF. | Prescription n°2 : Positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA. | 1 mois | |
| E16 | Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé individuel (PPI) contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF. | Prescription n°3 : Etablir les projets personnalisés individuels (PPI) des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. | 3 mois | |
| R11 | Les PPI des résidents ne sont pas évalués périodiquement. | | | |
| E1 | Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF. | Prescription n°4 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale conformément à la réglementation. | 3 mois | |
| R1 | Le règlement intérieur n'est pas à jour. | | | |
| E2 | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF. | Prescription n°5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires. | 6 mois | |
| E3 | 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. | | | |
| E4 | Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD. | | | |
| E13 | En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. | | | |

| 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) |
|--|--|---|------------------------|---|
| E5 | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF. | | | |
| E6 | Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. | | | |
| E15 | Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF. | | | |
| E9 | La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF. | Prescription n°6 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation. | 1 mois | |
| E14 | 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. | Prescription n°7 : Faire signer le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement. | 1 mois | |
| E7 | En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. | Prescription n°8 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation. | 1 mois | |
| R5 | Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes. | Recommandation n°1 : Stabiliser les équipes. | 2 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) |
|--|---|--|------------------------|---|
| R12 | 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 suite à un incident ou une réclamation. | Recommandation n°2 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation. | 1 mois | |
| R2 | L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des réclamations et plaintes. | Recommandation n°3 : Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers. | 3 mois | |
| R3 | L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. | Recommandation n°4 : Rédiger un plan d'amélioration continue de la qualité. | 3 mois | |
| R10 | La procédure d'admission est incomplète. | Recommandation n°5 : Mettre à jour la procédure d'admission. | 1 mois | |
| R8 | Les personnels de l'établissement ne disposent pas de fiche de tâches. | Recommandation n°6 : Etablir une fiche de tâches pour les personnels de l'établissement. | 3 mois | |
| R14 | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs. | Recommandation n°7 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux changes, à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs. | 2 mois | |
| R15 | Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement. | Recommandation n°8 : Évaluer les protocoles de façon périodique. | 6 mois | |
| R6 | Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle. | Recommandation n°9 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants. | 1 mois | |
| R7 | Le taux de turn-over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de 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) |
|--|--|--|------------------------|---|
| R4 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie. | Recommandation n°10 : Faire signer systématiquement des feuilles de présence lors de formations/sensibilisations et les transmettre à la mission de contrôle concernant : <ul style="list-style-type: none"> - la déclaration des événements indésirables ; - les formations ; - les transmissions ciblées. | 2 mois | |
| R9 | En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie. | | | |
| R13 | En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie. | | | |