

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00373

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Sabotière sis 105 rue Jeanne d'Arc à LILLE (59260) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 18 mars 2024.

Par courrier reçu par mes services le 26 avril 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 Franck GHERBI
Président du CCAS d'Hellemmes-Lille
Place Augustin Laurent
BP 1282
59014 LILLE CEDEX

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 Madame Inès ROLAIN, directrice 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 Sabotière à LILLE (59260) initié le 14 décembre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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 agents faisant fonction d'AS ; 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches afin de garantir aux résidents une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<p>Prescription 2 :</p> <p>Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. - vérifiant de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD. Perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation. <p>Transmettre les attestations de formation du personnel à la bientraitance ainsi que le tableau comprenant les dates de vérification des extraits de casiers judiciaires actualisées.</p>	3 mois	
E7	En ne disposant pas du bulletin de casier judiciaire de l'ensemble des 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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Assurer un temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E10	Les médecins ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 4 : Inscrire le médecin coordonnateur dans une démarche de formation afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	2 mois	
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		26/04/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
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.	Prescription 6 : 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 et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	3 mois	
E1	La commission de coordination n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E12	Le projet général de soins n'est pas intégré au projet d'établissement ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 311-38 du CASF.	Prescription 8 : Intégrer le projet de soins au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 311-38 du CASF.	6 mois	
E3	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 la direction de l'établissement.	Prescription 9 : Transmettre un RAMA signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.		26/04/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur le numéro d'écoute maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 10 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	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.			
E4	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	Au jour du contrôle, le CVS n'est pas constitué ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	Prescription 11 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - élisant une composition du CVS conforme à l'article D. 311-5 du CASF, - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, - faisant signer systématiquement les procès-verbaux de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - établissant le règlement intérieur du CVS lors de la 1ère réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	
R9	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 et transmettre l'attestation de réussite à la mission de contrôle.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	En l'absence de transmission du projet d'établissement et du plan bleu, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	Recommandation 2 : Transmettre le plan bleu annexé au projet d'établissement.	1 mois	
R8	Les informations transmises concernant le temps de médecin coordonnateur ne sont pas concordantes.	Recommandation 3 : Coordonner les informations concernant le temps de médecin coordonnateur. Transmettre les contrats de travail ainsi que les fiches de paie les mentionnant.	1 mois	
R12	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations internes et externes.	Recommandation 4 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations présentées dans le plan de formation 2023, relatives à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles.	2 mois	
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R15	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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'astreinte de direction n'est pas organisée.	Recommandation 5 : Organiser l'astreinte de direction.	3 mois	
R4	L'établissement n'a pas transmis de bilan annuel des plaintes et réclamations.	Recommandation 6 : Transmettre le bilan annuel des plaintes et réclamations pour l'année 2023.	1 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 7 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 8 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire	3 mois	
R13	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament et à la fin de vie.	Recommandation 10 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament et à la fin de vie.	3 mois	
R16	Au jour du contrôle, les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 11 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R11	L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste et de tâches pour le poste d'auxiliaire de vie ainsi que la fiche de tâches pour le poste d'IDE.	Recommandation 12 : Transmettre les fiches de poste et de tâches pour le poste d'auxiliaire de vie ainsi que la fiche de tâches pour le poste d'IDE.		26/04/2024
R2	Aucun compte-rendu des réunions institutionnelles (CODIR) n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions institutionnelles (CODIR) à la mission de contrôle.		26/04/2024
R10	Les taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants à la mission de contrôle.		26/04/2024