

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00193

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Le Jardin des Augustins situé 68 quai du Petit Bail à DOUAI (59500) 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 27 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 23 août 2024.

Par courriel reçu par mes services le 26 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 Stéphane HARY,
Directeur général,
Association FLORALYS
62 rue Saint Sulpice,
59504 DOUAI 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 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 Madame Clémentine CULPIN, la 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 Le Jardin des Augustins à DOUAI (59500) initié le 27 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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
E5	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aidesoignant, 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 d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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° du CASF.	Immédiat	

E6	En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription n°2 : 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.	Immédiat	
-----------	---	---	-----------------	--

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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E2	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°4 : Poursuivre la démarche engagée afin d'organiser les CVS conformément à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails pages 12 et 13 du rapport de contrôle).	3 mois	26 septembre 2024

E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale, ou mis en œuvre une autre forme de participation, dans l'élaboration du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription n°5 : Consulter le CVS, ou mettre en œuvre une autre forme de participation, dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	12 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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
E4	En n'annexant pas la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF.	Prescription n°6 : Réviser le livret d'accueil à destination des résidents, en y annexant une notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, et en remplaçant l'annexe du règlement de fonctionnement par la dernière version en vigueur.	1 mois	26 septembre 2024
R1	Le règlement de fonctionnement présent en annexe du livret d'accueil, ne correspond pas à la dernière version en vigueur au sein de l'établissement.			

E7	En disposant d'un RAMA non cosigné par la directrice et un médecin coordonnateur dédié à l'établissement, et non soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°7 : Rédiger, après recrutement d'un médecin coordonnateur, un RAMA conformément aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF, et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique.	6 mois	
R6	Au jour du contrôle, l'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°1 : Transmettre l'attestation de formation « coordinateur de soins et d'activités en structure médico-sociale » suivie par l'IDEC en 2024.	6 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)
R8	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, 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	

R3	L'établissement ne dispose pas d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, et n'effectue pas de bilans annuels.	Recommandation n°3 : Déployer davantage la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en enregistrant les plaintes et les réclamations des résidents, et en réalisant des bilans annuels.	6 mois	
R7	Les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident sont incomplètes et elles n'ont pas été actualisées depuis 2011.	Recommandation n°4 : Réviser les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. pages 29 et 30 du rapport de contrôle).	3 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°5 : Formaliser un protocole relatif aux changes et à la prévention de l'incontinence.	3 mois	26 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)
--	--	-------------------------------	---

R2	La procédure de « conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance » ne mentionne pas les modalités précises de signalement des actes de maltraitance aux autorités administratives et judiciaires.	Recommandation n°6 : Réviser la procédure de « conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance », en y intégrant notamment les modalités précises de signalement des actes de maltraitance aux autorités administratives et judiciaires.	3 mois	
R4	La procédure de « gestion des événements indésirables » n'a pas été révisée depuis 2014.	Recommandation n°7 : Réviser la procédure de « gestion des événements indésirables ».	3 mois	
R5	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves et / ou récurrents.	Recommandation n°8 : Analyser les causes des événements indésirables graves survenus en déployant la méthodologie des RETEX et transmettre les comptes rendus : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 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)

R10	Le tableau de gestion documentaire n'est pas à jour, et les protocoles / procédures, ne sont pas systématiquement révisé(e)s périodiquement.	Recommandation n°9 : Mettre à jour le tableau de gestion documentaire et réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
------------	--	---	---------------	--