

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00324

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Le Parc Fleuri situé au 87 rue Marceau Martin à FLERS-EN-ESCREBIEUX (59128) 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 07 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 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](mailto: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.

Monsieur Stéphane HARY,  
Directeur général,  
Association FLORALYS  
62 rue Saint Sulpice,  
59504 DOUAI Cedex

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 Véronique REYNOUDT, 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 Parc Fleuri à FLERS-EN-ESCREBIEUX (59128) initié le 07 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)
E3	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 d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.	<b>Prescription n°1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, notamment en UVA, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E5	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, 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 L311-3-3° du CASF.			
E6	En l'absence de personnel suffisant en nombre et en qualification, la sécurité des résidents de l'UP n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.			

E4	En ne disposant pas de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription n°2 :</b> Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 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)
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription n°3 :</b> 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.	<b>Prescription n°4 :</b> Organiser le CVS conformément aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (démarche engagée et à poursuivre notamment en transmettant les comptes rendus des prochains CVS et le règlement de fonctionnement révisé).	3 mois	
E9	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	<b>Prescription n°5 :</b> Rédiger et mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	

R6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure à jour, relative aux modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.	<b>Recommandation n°1 :</b> Transmettre le protocole relatif aux modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé (en cours d'élaboration / de révision au moment du contrôle).	1 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)
E10	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne séparant le repas du soir (18h) et le petit déjeuner (8h) est supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Prescription n°6 :</b> Proposer systématiquement aux résidents une collation nocturne afin d'éviter une période de jeûne trop longue (> à 12 heures) conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E7	En disposant d'un projet de soins non élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription n°7 :</b> Rédiger, suite au recrutement du médecin coordonnateur, le projet de soins et le RAMA conformément aux dispositions des articles D312-158 1° et 10° du CASF.	6 mois	
E8	En ne disposant pas d'un RAMA, élaboré par un médecin coordonnateur et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.			

R2	La procédure de « conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance » est obsolète et ne mentionne pas les obligations légales en matière de signalement.	<b>Recommandation n°2 :</b> Réviser la procédure de « conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance », en y intégrant notamment les obligations légales en matière de signalement (en plus de la définition des différentes formes de maltraitance et de la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance).	<b>3 mois</b>	
R3	La procédure de « gestion des événements indésirables » n'a pas été révisée depuis 2014.	<b>Recommandation n°3 :</b> Réviser la procédure interne de « gestion des événements indésirables ».	<b>3 mois</b>	

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	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.	<b>Recommandation n°4 :</b> 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.	<b>3 mois</b>	

R5	Les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident sont incomplètes et elles n'ont pas été actualisées depuis 2011.	<b>Recommandation n°5 :</b> 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).	<b>3 mois</b>	
R8	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la douleur, aux soins palliatifs et aux changes et à la prévention de l'incontinence.	<b>Recommandation n°6 :</b> Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les troubles du comportement ;</li> <li>• L'hydratation ;</li> <li>• La douleur ;</li> <li>• Les soins palliatifs ;</li> <li>• Les changes et à la prévention de l'incontinence.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
R9	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	<b>Recommandation n°7 :</b> Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	<b>3 mois</b>	

R7	En l'absence de transmission des résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les délais sont corrects.	<b>Recommandation n°8 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades.	<b>1 mois</b>	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation n°9 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer leur partage et une lisibilité des ressources positionnées.	<b>3 mois</b>	