

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00359



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Hortensias situé au 14 rue Georges Fournier à FLINES-LES-MORTAGNES (59158) 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 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 décembre 2024.

Par courriel reçu le 14 janvier 2025, 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.

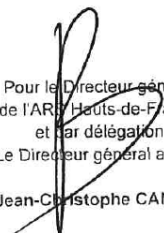
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Pascal GUERIN
Président du groupe DOMIDEP
EHPAD Résidence les Hortensias
18 rue du Creuzat
38080 L'ISLE D'ABEAU

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 Katharine Muller, 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 Les Hortensias à FLINES-LES-MORTAGNE (59158) initié le 24 juillet 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)
---	--	------------------------	--

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.	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 (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 jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°20151868 du 30 décembre 2015.	Prescription n°2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Immédiat	14 janvier 2025
E1	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°3 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails pages 11 et 12 du rapport de contrôle).	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)
E4	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les 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.	Prescription n°4 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble 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	

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 constituant pas un document opérationnel énonçant l'ensemble des dispositions réglementaires, et en l'absence de consultation du CVS et de précisions sur la manière dont il a été élaboré, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°5 : Réviser le projet d'établissement par une démarche participative (professionnels + résidents) afin d'en faire notamment un document opérationnel, avant de le valider et de le soumettre pour avis au CVS conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	6 mois	
E6	En ne constituant pas un document opérationnel énonçant l'ensemble des dispositions réglementaires, le projet de soins contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°6 : Formaliser un projet de soins élaboré par le médecin coordonnateur de l'EHPAD avec le concours de l'équipe soignante, et l'intégrer au projet d'établissement de l'EHPAD, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E7	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			

E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°7 : Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement, et faire figurer ces modalités dans le contenu du règlement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	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)
E9	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°8 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 29 du rapport de contrôle).	3 mois	

E8	En ne disposant pas d'un RAMA, cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°9 : Formaliser un RAMA retraçant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	6 mois	
R8	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas régulièrement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°1 : Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	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)

R3	En l'absence de formalisation des bilans annuels des plaintes et des réclamations des résidents et des familles, et de l'élaboration d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°2 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en formalisant des bilans annuels des plaintes et des réclamations des résidents et des familles, et en élaborant un plan global d'actions d'amélioration continue de la qualité.	6 mois	
R4	La méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas suffisamment déployée en interne.	Recommandation n°3 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : 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	
R9	Les professionnels de l'établissement ne sont pas régulièrement formés aux transmissions ciblées.	Recommandation n°4 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none"> • les transmissions ciblées ; • les protocoles et les procédures internes. 	6 mois	
R11	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne aux protocoles et aux procédures.			

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	L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs à la gestion des troubles du comportement, à l'hydratation, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°5 : Formaliser les protocoles relatifs à la gestion des troubles du comportement, à l'hydratation, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	4 mois	
R6	Le protocole de préadmission et d'admission d'un nouveau résident en EHPAD est incomplet.	Recommandation n°6 : Réviser le protocole « d'accueil, de préadmission et d'admission » d'un nouveau résident en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. pages 27 et 28 du rapport de contrôle).	3 mois	
R7	Le processus d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé n'intègre pas l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et les modalités de mise en œuvre des projets ne sont pas décrites.	Recommandation n°7 : Réviser la procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé en intégrant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et en précisant les modalités de mise en œuvre des projets.	3 mois	

R5	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°8 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	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)
R1	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	Recommandation n°9 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes mobilisées.	1 mois	
R2	En l'absence de précision, les liens entre la direction et le conseil d'administration ne sont pas garantis.	Recommandation n°10 : Apporter des précisions sur les liens entretenus entre la direction et le conseil d'administration de l'EHPAD.	1 mois	