

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00367



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Jardins de Théodore situé au 243 rue Hubert Reeves à LAMBRES-LEZ-DOUAI (59552) 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 06 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 09 octobre 2024.

Par courriel reçu par mes services le 08 novembre 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.

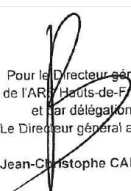
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Delphine LANGLET
Directrice générale
Fondation Partage & Vie
11 rue de la Vanne
92126 MONTROUGE

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, Madame la directrice générale, 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 Alice CHARRIER, 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 Jardins de Théodore à LAMBRES-LEZ-DOUAI (59552) initié le 06 mai 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)
E9	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'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches permettant de prévoir quotidiennement les effectifs suffisants (AS et IDE), en nombre et en qualification (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.	6 mois	
E12	Au regard de l'insuffisance des effectifs IDE, identifiée à travers les déclarations de l'établissement, la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L311-3, 1° du CASF n'est pas garantie.			

R5	Les AS et les agents de soins bénéficient de fiches de tâches globalisées sans qu'aucune distinction ne soit réalisée entre les missions des AS, et celles des agents de soins, démontrant ainsi des glissements de tâches.		
-----------	---	--	--

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	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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E12	Au jour du contrôle et en l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les modalités de surveillance des résidents de l'UVA la nuit sont de nature à garantir leur sécurité au sens de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	Prescription n°3 : Apporter davantage de précision sur les modalités de surveillance des résidents de l'UVA la nuit, afin que la mission de contrôle puisse s'assurer que la sécurité des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1° du CASF est garantie.	1 mois	08 novembre 2024

E17	En l'absence de mise à disposition pour chaque résident d'un dispositif d'appel malade fonctionnel, la sécurité des résidents au sens de l'article D311-3 du CASF n'est pas garantie.	Prescription n°4 : Mettre à disposition de chaque résident un dispositif d'appel malade fonctionnel et adapté au public accueilli afin de garantir la sécurité des résidents de l'établissement au sens de l'article D311-3 du CASF.	3 mois	08 novembre 2024
E16	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisé des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	6 mois	08 novembre 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)
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°6 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de 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°7 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L3116 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails pages 12 et 13 du rapport de contrôle).	6 mois	
E8	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°8 : 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)

E6	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'annexe 2-3-1 du CASF.	Prescription n°9 : Revoir les modalités de facturation aux usagers mentionnées dans le livret d'accueil, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD mentionné dans l'annexe 23-1 du CASF.	3 mois	
E7	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Prescription n°10 : Réviser le livret d'accueil en y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	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)
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°11 : Finaliser la révision du projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins, et en y annexant un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment des situations sanitaires exceptionnelles (plan bleu), conformément aux dispositions des articles L311-8, D312-158 et D312-160 du CASF.	5 mois	
E13	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			
E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un plan bleu révisé annuellement, annexé au projet d'établissement et détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.			
E14	En ne disposant pas d'un projet 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.	Prescription n°12 : Réviser, après recrutement d'un médecin coordonnateur, le projet de soins conformément aux dispositions de l'article D312-158 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)
E5	En ne respectant pas une périodicité de modification (maximum 5 ans) et 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°13 : Réviser périodiquement le règlement de fonctionnement, et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	6 mois	

E15	En ne disposant pas d'un RAMA, cosigné par un médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°14 : 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	
------------	---	--	---------------	--

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)
--	--	-------------------------------	---

R5	Au jour du contrôle, tous les professionnels de bénéficient pas de fiche de poste, et tous les professionnels d'hôtellerie ne disposent pas de fiches de tâches.	Recommandation n°1 : Formaliser des fiches de poste pour toutes les catégories professionnelles et des fiches tâches pour les professionnels d'hôtellerie.	3 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration, de gestion et de traitement des événements indésirables en interne.	Recommandation n°2 : Formaliser une procédure de gestion des événements indésirables présentant les étapes successives de déclaration et de traitement en interne.	3 mois	08 novembre 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)
R3	La méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas 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	08 novembre 2024
R2	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne sur la déclaration et la gestion des événements indésirables, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°4 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none"> la déclaration et la gestion en interne des événements 	6 mois	

R8	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne aux protocoles et aux procédures.	indésirables ; • les protocoles et les procédures internes.		
-----------	--	--	--	--

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)
R9	Les protocoles et les procédures, ne sont pas révisé(e)s périodiquement.	Recommandation n°5 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	

R4	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°6 : Étudier les causes d'absentéisme des taux des équipes élevés soignantes, identifier les leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	08 novembre 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)

R7	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement et / ou des attestations de réalisation des sensibilisations internes et des formations mentionnées dans les plans 2022 et 2023, la mission de contrôle n'est pas en mesure de s'assurer de leur effectivité.	Recommandation n°7 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement et / ou attestations de réalisation des sensibilisations internes et des formations inscrites dans les plans 2022 et 2023.	1 mois	08 novembre 2024