

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00374

Lille, le

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame le ministre,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD du CCAS de LILLE (59014) 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 19 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 1^{er} mai 2024.

Par courrier reçu par mes services le 24 mai 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 Martine AUBRY
Ancienne ministre
Présidente du CCAS de 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, Madame le ministre, 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 Monsieur Benoît JOUBERT, directeur 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 du CCAS de LILLE (59014) initié le 19 décembre 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)
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 23 juin 2020.	Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	3 mois	
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 auxiliaires de vie ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 2 : 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)
E9	Au regard de l'organisation mise en place entre les résidences, la présence IDE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des résidents au sens de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 3 : S'assurer d'une présence suffisante des IDE au sein des résidences pour assurer la sécurité des résidents au sens de l'article L. 311-3-1° du CASF.	3 mois	
E7	En ne vérifiant pas le bulletin de casier judiciaire national ainsi que la nature du diplôme obtenu de certains agents, 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 4 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier, conformément à l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E5	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 5 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 et conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 6 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E10	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	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)
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance et des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	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.			
E11	En ne mentionnant pas les conditions de séjour et d'accueil, les mesures administratives, judiciaires, médicales ou thérapeutiques ainsi que la signature d'un avenant dans un délai maximal de 6 mois précisant les objectifs et prestations adaptés à la personne accueillie, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 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)
E3	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 9 : Réunir le CVS au minimum trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	3 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)
R7	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une 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.	3 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)
R5	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 2 : Former l'ensemble du personnel à la déclaration des événements indésirables et aux transmissions ciblées puis transmettre les feuilles d'émargement.	3 mois	
R11	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 3 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 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)
R4	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 4 : Rédiger un plan d'actions dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R2	L'établissement ne met pas en place de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 5 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil et d'un livret d'accueil formalisés.	Recommandation 6 : Formaliser une procédure d'accueil ainsi qu'un livret d'accueil des nouveaux arrivants.	3 mois	
R10	La procédure d'admission, non actualisée depuis 2011, est incomplète.	Recommandation 7 : Actualiser et compléter la procédure d'admission.	3 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)
R12	L'établissement ne dispose pas des protocoles relatifs à l'hydratation, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament et à la fin de vie.	Recommandation 8 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs à l'hydratation, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament et à la fin de vie.		24/05/2024
R13	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 9 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R1	Le numéro d'écoute maltraitance figurant dans le règlement de fonctionnement est erroné.	Recommandation 10 : Rectifier le numéro d'écoute maltraitance figurant dans le règlement de fonctionnement.	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)
R9	L'établissement n'a pas transmis les fiches de postes pour les postes d'agent d'accueil et d'animation, psychologue, ergothérapeute et aide à la personne ainsi que les fiches de tâches pour le poste d'IDE.	Recommandation 11 : Transmettre les fiches de postes pour les postes d'agent d'accueil et d'animation, psychologue, ergothérapeute et aide à la personne ainsi que les fiches de tâches pour le poste d'IDE.	1 mois	
R8	L'établissement n'a pas transmis les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour 2020, 2021 et 2022.	Recommandation 12 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour 2020, 2021 et 2022.	1 mois	