

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00371



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Jardins des Sens sis 16 rue Annie Girardot à Linselles (59126) 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 08 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 26 septembre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 26 octobre 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.

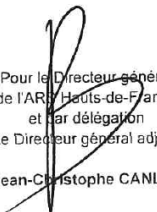
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Monsieur Pascal GUERIN
Président du groupe DOMIDEP
18, rue du Creuzat
38080 L'ISLE-D'ABEAU

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 Monsieur Paul VERON, 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 Les Jardins des Sens à Linselles (59126) initié le 8 avril 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)
E7	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 « faisant fonction d'AS » ; 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 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, transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste révisées à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E9	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription n°2 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.		26/10/2024
E12	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°4 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la	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)
		commission de coordination gériatrique et le faire signer par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur.		
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E6	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 n°6 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	
E15	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°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Prescription n°7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		26/10/2024
E14	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°8 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	3 mois	
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription n°9 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : - La signature des comptes rendus par le président du CVS ;	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)
R5	Le compte rendu du CVS en date du 14/11/2023 n'a pas été transmis à la mission de contrôle et le règlement intérieur n'est pas à jour.	- Le rapport d'activité. Transmettre à la mission de contrôle le compte rendu du CVS en date du 14/11/2023 et le règlement intérieur révisé.		
E2	Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et des recommandations de la HAS.	Prescription n°10 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires. Transmettre à la mission de contrôle le plan bleu.	6 mois	
E3	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E11	Le projet général de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement et ne présente pas l'ensemble de la prise en charge médicale dont les soins palliatifs, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-158 et D. 311-38-5 du CASF.			
E4	En l'absence de certaines mentions réglementaires, les règlements de fonctionnement ne sont pas conformes aux articles L. 311-7, R. 311-33 à R. 311-37-1 du CASF.			
E5	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.			
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la			

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)
	transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.			
R6	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R9	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation n°1 : S'assurer que l'IDEC dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R7	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.	Recommandation n°2 : Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R2	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée les nuits en semaine.	Recommandation n°3 : Formaliser l'organisation de la permanence de direction les nuits en semaine.	3 mois	
R4	Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux réunions institutionnelles (CODIR).	Recommandation n°4 : Rédiger les comptes rendus des CODIR.		26/10/2024
R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°5 : Mettre à jour la procédure d'admission.	3 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation n°6 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	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)
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°7 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	
R10	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°8 : Étudier les causes de l'absentéisme et du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions. Stabiliser les équipes.		26/10/2024
R11	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R1	Au regard du nombre de personnes ayant occupé le poste de directeur depuis 2018 (5), la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction.			
R8	Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
R12	L'ensemble des fiches de tâches n'a pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation n°9 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des fiches de tâches du personnel de l'établissement.	1 mois	
R13	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle les plans de formation internes/externes réalisés en 2022-2023.	Recommandation n°10 : Transmettre à la mission de contrôle les plans de formation internes/externes réalisés en 2022-2023.		26/10/2024
R3	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation n°11 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.		26/10/2024