

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00298



LETTRRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Saint-Joseph sis 33 rue de la Nouvelle Zélande à LE QUESNOY (59530) et l'EHPAD La Colombière sis 100 Place Verte à MAROILLES (59550) ont 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 5 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 novembre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 13 décembre 2023, 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.

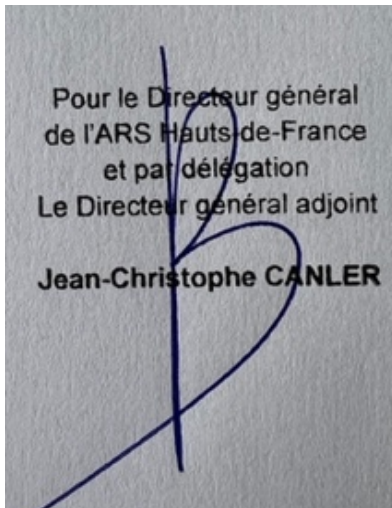
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Noël DEFFONTAINES
Président du Conseil d'Administration
Association Temps de vie
Parc du Canon d'Or
Bat. C – 1^{er} Etage
5 rue Philippe Noiret
59350 SAINT ANDRE LEZ LILLE

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 Stéphanie FLODROPS, 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 Résidence Saint-Joseph – La Colombière à LE QUESNOY (59530) et MAROILLES (59550) initié le 5 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)
E12	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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 L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, le jour et le nuit, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E11	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 maîtresses de maison et des veilleurs de nuit ; 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.			

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)
E13	Les modalités de surveillance de l'UVA, de jour et de nuit, sont insuffisamment organisées, ce qui ne permet pas d'assurer la sécurité des résidents contrairement aux dispositions de l'article L311-3 1 du CASF.	Prescription 2 : Positionner du personnel qualifié le jour et la nuit au sein de l'UVA afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF, et mettre en place un planning pour le personnel dédié à l'UVA.	1 mois	
R16	Le personnel dédié à l'UVA ne dispose pas de planning spécifique			
E1	La directrice de l'établissement ne dispose pas au jour du contrôle des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	Prescription 3 : Transmettre l'attestation de réussite de formation obtenue par la directrice, afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.	1 mois	
E10	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Recruter un médecin coordonnateur et transmettre son contrat de travail conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 5 : Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E15	Aucun RAMA n'a été rédigé depuis 2018, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 6 : Faire rédiger le RAMA par le prochain médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, qu'il signera conjointement avec le directeur de l'établissement, et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à la réglementation conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E16	Le médecin coordonnateur n'a pas rédigé le RAMA daté de 2018 et ne l'a pas co-signé avec le directeur de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.			

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	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - mettant à jour le règlement intérieur. 	3 mois	
R4	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle et le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			
R5	En l'absence de transmission, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un projet d'établissement formalisé.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E14	Le projet de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement et n'est plus en vigueur, l'établissement contrevient donc aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E4	En ne disposant pas d'un plan bleu pour l'EHPAD La Colombière à Maroilles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	Le plan bleu de l'EHPAD Saint-Joseph datant de 2015, ce dernier n'est plus en adéquation avec les recommandations décrites dans l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			

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)
E6	En l'absence de date d'élaboration et/ou mise à jour et en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation au jour du contrôle, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
E17	En ne mentionnant pas les mesures administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E7	Les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas renseignées dans le livret d'accueil de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E9	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 9 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance, et la promotion de la bientraitance conformément à la réglementation, et mettre à jour le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	2 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance à jour et ne met pas œuvre			

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)
	de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.			
E18	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 10 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	2 mois	
R21	Les modalités et délais d'élaboration et de révision des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisés.			
E19	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 11 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		13/12/2023
E8	En ne vérifiant pas systématiquement les casiers judiciaires à l'embauche du personnel et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extrait de casiers, 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 12 : Vérifier systématiquement les casiers judiciaires à l'embauche et renouveler leur vérification régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 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)
R20	Les procédures de préadmission et d'admission sont incomplètes et n'ont pas été actualisées récemment (2010).	Recommandation 1 : Mettre à jour les procédures de préadmission et d'admission	2 mois	
R2	L'organisation de la permanence de la direction n'est pas formalisée.	Recommandation 2 : Formaliser l'organisation de la permanence de la direction.	3 mois	
R13	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 3 : Inscrire l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes des usagers.	Recommandation 4 : Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.		13/12/2023
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquêtes de satisfaction de manière régulière et ne dispose pas d'un plan global reprenant les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 5 : Réaliser des enquêtes de satisfaction de manière régulière et rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R1	En l'absence de données nominatives et de liens hiérarchiques fonctionnels et compréhensibles, l'organigramme non daté, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement des 2 établissements.	Recommandation 6 : Mettre à jour et dater l'organigramme.	1 mois	
R10	La procédure de signalement des EIG manque de précision concernant les modalités de circuit de déclaration obligatoire des événements indésirables et des événements indésirables graves devant	Recommandation 7 : Réactualiser la procédure de signalement des événements indésirables graves en détaillant le processus de déclaration obligatoire des événements	3 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)
	être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.	indésirables, et des événements indésirables graves devant être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.		
R22	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	Recommandation 8 : Etudier les délais de réponse aux appels malade afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 9 : Formaliser la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R24	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs.	Recommandation 10 : Etablir, en concertation avec les équipes, le protocole relatif aux soins palliatifs et évaluer les protocoles de manière périodique.	3 mois	
R26	Au jour du contrôle, les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			
R17	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste notamment les AMP.	Recommandation 11 : Etablir une fiche de poste pour les AMP.		13/12/2023
R18	L'établissement ne dispose pas de fiches de tâches pour les postes d'IDE, AS et AMP et de maitresses de maison de jour et de nuit.	Recommandation 12 : Etablir les fiches de tâches pour les postes d'IDE, AS/AMP et maitresses de maison de jour et de nuit.	1 mois	
R19	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes et des plans de formations internes/externes réalisés pour 2021 et 2022, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 13 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées ainsi que les plans de formations internes/externes de 2021 et 2022.	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)
R23	En l'absence de feuilles d'émargement datées, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	Recommandation 14 : Transmettre les feuilles d'émargement datées relatives aux formations du personnel sur : - les transmissions ciblées. - les protocoles internes - la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
R25	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations ou sensibilisations sur les protocoles internes.			
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R11	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 15 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	1 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation 16 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	1 mois	
R14	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 17 : Transmettre à la mission de contrôle le taux d'absentéisme et le taux de turn-over des personnels soignants.		13/12/2023
R15	Le taux de turn-over des personnels soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			