



Liberté
Égalité
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00392
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Maxime MORIN
Directeur général
Centre hospitalier de ROUBAIX
35 rue de Barbieux
59056 ROUBAIX CEDEX 1

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle sur pièces des EHPAD (Isabeau de Roubaix, La Fraternité et Les Jardins du Vélodrome) gérés par le centre hospitalier de Roubaix sis 35 rue de Barbieux à ROUBAIX CEDEX 1 (59056) initié le 13 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, les EHPAD (Isabeau de Roubaix, La Fraternité et Les Jardins du Vélodrome) gérés par le centre hospitalier de ROUBAIX sis 35 rue de Barbieux à ROUBAIX CEDEX 1 (59056) 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 13 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 29 mars 2024.

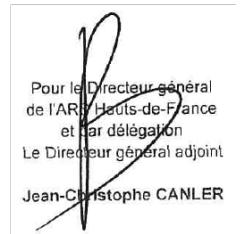
Par courrier reçu le 29 avril 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces des EHPAD (Isabeau de Roubaix, La Fraternité et Les Jardins du Vélodrome) gérés par le Centre Hospitalier de ROUBAIX à ROUBAIX CEDEX 1(59056)

Initié le 13 décembre 2023

Le terme « l'établissement » désigne l'ensemble des EHPAD (Isabeau de Roubaix, La Fraternité et Les Jardins du Vélodrome) gérés par le Centre Hospitalier de Roubaix.

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 agents de soins ; 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.	<p>Prescription 1: Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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^o du CASF.</p>	6 mois	
E12	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF ne sont pas garanties.			

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)
E15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	/	29/04/2024
E1	Au jour du contrôle, la directrice de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	Prescription 3 : Engager la directrice dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	6 mois	
E11	Au jour du contrôle, deux des médecins coordonnateurs ne disposent pas 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 4 : Engager les deux médecins coordonnateurs dans une formation afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF et créer leur fiche de poste précisant les missions qui leurs sont confiées au regard de l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
R8	Les médecins coordonnateurs ne disposent pas d'une fiche poste précisant les missions qui leurs sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.			

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	Les médecins coordonnateurs réalisent des missions de médecin prescripteur au détriment de leurs missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : S'assurer que le temps de travail des médecins coordonnateurs est dédié à la réalisation de leurs missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF et préciser la répartition des ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.	2 mois	
R7	L'établissement n'a pas précisé la répartition des ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur pour les 3 praticiens hospitaliers.			
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 6 : 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 conformément à la réglementation	1 mois	
E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	/	29/04/2024
E13	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription 8 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	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)
E5	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ce qui 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 9 : Rédiger un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément 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.	6 mois	
E3	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D.311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D.311-16 et D. 311-20 du CASF.	3 mois	
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions du décret n° 2022-734 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 11 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	3 mois	
E4	Le conseil de la vie sociale n'a pas été consulté sur le projet d'établissement et aucune autre forme de participation n'est mentionnée contrairement aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 12 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement conforme aux dispositions de l'article R.311-35 du CASF.			
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.			

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)
R18	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer qu'une évaluation annuelle des projets personnalisés est prévue ou réalisée.	Recommandation 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.; - Transmettre le tableau prévisionnel des projets personnalisés des EHPAD La fraternité et les jardins du vélodrome à la mission de contrôle. 	3 mois	
R17	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés des EHPAD La fraternité et les jardins du vélodrome n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 2 : Actualiser la procédure de « Signalement d'une suspicion ou d'une situation avérée de maltraitance au sein du Centre Hospitalier de Roubaix »	1 mois	
R2	La procédure de « Signalement d'une suspicion ou d'une situation avérée de maltraitance au sein du Centre Hospitalier de Roubaix » n'a pas été mise à jour depuis 2015.	Recommandation 3 : Actualiser les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R3	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité n'ont pas été actualisées depuis 2022.	Recommandation 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Actualiser la procédure interne/externe de « Déclaration des évènements et dysfonctionnements graves » ; - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émarginement. 	3 mois	
R19	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.			
R5	La procédure interne/externe de « Déclaration des évènements et dysfonctionnements graves », n'a pas été mise à jour depuis 2017.	Recommandation 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Actualiser la procédure interne/externe de « Déclaration des évènements et dysfonctionnements graves » ; - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émarginement. 	3 mois	
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émarginement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

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)
R22	Au jour du contrôle, la liste des protocoles avec la date de leur dernière mise à jour n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 5 : Transmettre à la mission de contrôle la liste des protocoles avec la date de leur dernière mise à jour ainsi que les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes et sur les spécificités des personnes accueillies.	1 mois	
R23	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R16	La procédure d'admission n'est pas formalisée.	Recommandation 6 : Etablir la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R9	Le contrat de travail et la fiche de paie des infirmières coordinatrices n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission de contrôle le contrat de travail et la fiche de paie des infirmières coordinatrices ainsi que le certificat de formation de coaching cadre de la 2ème IDEC.	1 mois	
R10	Le certificat de formation de coaching cadre de la 2ème IDEC n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R13	Toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit ne disposent pas de fiche de tâches.	Recommandation 8 : Rédiger des fiches de tâches pour toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit et mettre à jour les fiches de poste de l'AVS et de l'AS afin qu'elles soient distinctes.	1 mois	
R14	Les fiches de poste de l'AVS et de l'AS sont identiques.			

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)
R6	L'établissement n'a pas mis en place d'accompagnement par un pair pour le nouvel arrivant.	Recommandation 9 : Formaliser et mettre en place un accompagnement par un pair pour le nouvel arrivant.	3 mois	
R11	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevées sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années à la mission de contrôle, étudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions	3 mois	
R12	Le taux de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R20	L'établissement n'a pas précisé si les transmissions orales sont organisées en pluridisciplinarité lors des changements de poste jour/nuit.	Recommandation 11 : Mettre en œuvre et organiser en pluridisciplinarité les transmissions orales lors des changements de poste au sein de l'établissement.	/	29/04/2024
R15	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations externes et/ou de sensibilisations internes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 12 : Transmettre les feuilles d'émargement attestant la formation des personnels aux formations internes/externes et aux sensibilisations sur les transmissions ciblées.	1 mois	
R21	En l'absence d'éléments transmis, la mission de contrôle ne peut constater si le personnel est formé aux transmissions ciblées.			

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)
R24	Au jour du contrôle, l'établissement n'a pas formalisé l'ensemble des partenariats.	Recommandation 13 : Formaliser et transmettre l'ensemble des partenariats établis avec l'EHPAD.	3 mois	
R1	En l'absence de liens fonctionnels, l'organigramme, non daté, non nominatif, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	Recommandation 14 : Transmettre un organigramme nominatif, daté et à jour et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel des 3 EHPAD du Centre Hospitalier de Roubaix.	/	29/04/2024