

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00433

Lille, le

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Près de Lys sis 22 rue Jean Monnet à SAILLY-SUR-LA-LYS (62840) 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 18 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 décembre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 11 janvier 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

Monsieur Alain DUCONSEIL
Président du conseil d'administration
Association La Vie Active
4 rue Beffara
6200 ARRAS

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 David DANIEL, 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 Près de Lys à SAILLY-SUR-LA-LYS (62840) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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 agents de soins ; 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 1 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris en UVA, afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E10	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour, y compris en UVA, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 2 : Positionner du personnel qualifié de nuit en UVA.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		11/01/2024
E6	En ne vérifiant pas systématiquement les casiers judiciaires à l'embauche du personnel et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	Prescription 5 : Vérifier systématiquement les extraits de casier judiciaire et les renouveler régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		11/01/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
E12	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 6 : 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.	3 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 7 : Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	1 mois	
E5	Les coordonnées du Conseil Départemental et de l'ARS ainsi que les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ne sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
E2	Le projet d'établissement, n'ayant pas fait l'objet d'une consultation du CVS avant sa validation, ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-19 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en le réunissant 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF et transmettre : <ul style="list-style-type: none"> - la composition du CVS conforme à l'article D. 311-5 du CASF, - le règlement intérieur du CVS mis à jour et établi lors de la 1^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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	Au jour du contrôle, le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 1 : Former l'ensemble du personnel à la déclaration des événements indésirables.	3 mois	
R6	Le nombre de signalements déclarés à l'ARS est différent de celui transmis par l'établissement à la mission de contrôle.	Recommandation 2 : Signaler l'ensemble des événements indésirables graves à l'ARS.		11/01/2024
R7	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables graves.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables graves en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer		11/01/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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 réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 4 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.		11/01/2024
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 5 : Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.		11/01/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
R8	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 6 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.		11/01/2024
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 7 : Compléter la procédure d'admission.		11/01/2024
R13	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 8 : Transmettre la liste des protocoles avec la date de la dernière mise à jour.	6 mois	
R2	Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux CODIR.	Recommandation 9 : Rédiger des comptes rendus systématiquement suite aux CODIR.		11/01/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 10 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants à la mission de contrôle.		11/01/2024
R10	Le taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R11	Les fiches de tâches pour les postes d'AS, AMP, IDE et agents de soins de jour et de nuit n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation 11 : Transmettre les fiches de tâches des AS, AMP, IDE et agents de soins de jour et de nuit à la mission de contrôle.	1 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation 12 : Dater l'organigramme.		11/01/2024