

Le directeur général

Lille, le 14 DEC. 2023

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00280



LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Service les Acacias sis 2 rue des Carliers à TOURCOING (59200) 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 29 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 26 octobre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 24 novembre 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.

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-

Madame Doriane BÉCUE
Présidente du CCAS de TOURCOING
Mairie de TOURCOING
10 Place Victor Hassebroucq
59200 TOURCOING

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 la présidente, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER



Copie à Juliette GAFFURI, directrice de l'établissement

Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD les Acacias à TOURCOING (59200) initié le 29 juin 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)
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'Etat 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 stabiliser les équipes afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E9	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 sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-3° du CASF.			
R7	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E10	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.	Prescription 2 : S'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre et en qualification, de jour	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)
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 ^o du CASF.	comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, et de respecter leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1 ^o du CASF.		
R14	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle.			
E15	Au jour du contrôle, l'ensemble des résidents 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 3 : 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 personnalisés est réalisée et formaliser les modalités d'élaboration de ceux-ci.		24/11/2023
R13	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les 43 résidents disposent d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement (à minima une fois par an).			
E6	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.		24/11/2023
R2	Le poste occupé d'un professionnel est en inadéquation avec le diplôme obtenu.			
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de présence du médecin		

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)
R8	Les informations transmises concernant le temps de travail du médecin coordonnateur ne sont pas concordantes.	coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E13	Le RAMA n'a pas été rédigé avec le concours de l'équipe soignante et il n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF	3 mois	
E1	Le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D.311-19 du CASF.	Prescription 7 : Revoir la composition du CVS et rédiger le règlement intérieur conformément aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-19 du CASF.	6 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (le projet de soins, le projet d'établissement, le plan bleu, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E2	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
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.			

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)
E5	Les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E14	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions instaurées par le décret 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 9 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Prescription 10 : Rédiger la procédure externe des évènements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins et transmettre les feuilles d'émargement des formations des personnels à la déclaration des événements indésirables.	24/11/2023	
R5	Au jour du contrôle, l'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.			
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1: Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux chutes, aux troubles du comportement, au circuit du médicament.	Recommandation 2: Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux chutes, aux troubles du comportement, au circuit du médicament ainsi que les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes.	4 mois	
R18	En l'absence de feuille d'émargement, l'organisation régulière de ces protocoles n'est pas garantie.			
R4	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.	Recommandation 3 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité		

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)
R15	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.	et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R3	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 4 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.		24/11/2023
R16	Les transmissions ne sont pas ciblées, ce qui ne garantit pas d'assurer la continuité des soins.	Recommandation 5 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel.	4 mois	
R9	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 6 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R10	Les fiches de poste de l'auxiliaire de vie Faisant Fonction d'AS et de l'AS sont identiques.	Recommandation 7 : Mettre à jour les fiches de poste de l'AS et de l'auxiliaire de vie Faisant Fonction d'AS afin qu'elles soient distinctes et rédiger des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel.		
R11	Les personnels ne disposent pas de fiche de tâches.		1 mois	
R1	En l'absence de liens fonctionnels suffisamment précis, l'organigramme, non daté, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de	Recommandation 8 : Transmettre un organigramme daté et à jour et		

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)
l'établissement.	mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel de l'EHPAD.		24/11/2023