



Le directeur général

Lille, le 03 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0252



LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Les Jardins d'Iroise à Villereau (59530) 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 20 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 2 mai 2023. Par courrier reçu par mes services le 16 juin 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.

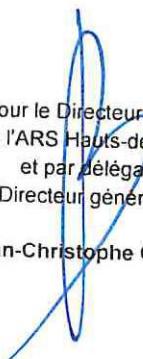
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Monsieur Stéphane CAVAILLON-PINOD
Directeur général
Iroise Bellevie – SGMR Ouest
18, Rue du pont de l'Arche
37500 SAINT-AVERTIN

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'agrérer, Monsieur le directeur général, 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



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 d'Iroise à VILLEREAU (59530) initié le 20 octobre 2022.

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)
E10	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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 modalités de l'article L. 311-3-3° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents.	1 mois	
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 « faisant fonction » d'aide-soignant. Ces glissements de tâches contreviennent aux E9dispositions 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 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP afin de se conformer à la réglementation, établir sa fiche de poste et transmettre son contrat de travail ainsi que ses qualifications et diplômes.	2 mois	
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.			

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)
E7	En l'absence de contrat de travail, la présence du médecin coordonnateur n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0, II du CASF.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.			
R3	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.			
R2	Les qualifications et diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			

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	L'établissement ne dispose pas d'un rapport annuel d'activité médicale respectant les dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 3 : 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.	2 mois	
E14	En l'absence de document relatif à la programmation de révision des projets personnalisés, leur élaboration pour l'ensemble des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 4 : Formaliser les modalités d'élaboration des projets personnalisés et transmettre un tableau de suivi des projets personnalisés des résidents comprenant la date de leur élaboration et de leur révision.	1 mois	
R13	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.			

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)
E5	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.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E2	Le projet d'établissement contrevient dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E3	En ne précisant pas dans le projet d'établissement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			

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)
E4	Le règlement de fonctionnement transmis par l'établissement n'est pas conforme aux dispositions des articles R. 311-33 à R. 311-37 du CASF.			
E13	Les contrats de séjour ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E11	L'établissement ne dispose pas d'un projet général de soins respectant les dispositions de l'article D. 311-38 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins respectant les dispositions de l'article D. 311-38 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)
E6	En ne mettant pas à jour le règlement intérieur du CVS, en ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an et en ne transmettant pas la composition du CVS, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D.311-19 du CASF.	Prescription 7 : Réunir le CVS au minimum trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF, mettre à jour le règlement intérieur du CVS et transmettre la composition du CVS.	3 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 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		16/06/2023
R1	La situation géographique des professionnels participant aux astreintes de direction ne permet pas une intervention rapide en cas de besoin.	Recommandation 1 : Positionner sur les astreintes des professionnels de la même zone géographique pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas.	3 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une infirmière coordinatrice.	Recommandation 2 : Recruter une infirmière coordinatrice et transmettre son contrat de travail.	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)
R11	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes contrairement aux recommandations de l'HAS.			
R15	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.	Recommandation 3 : Organiser de manière régulière auprès des professionnels des sensibilisations internes et des formations portant notamment sur les protocoles internes et la déclaration des événements indésirables. Faire signer systématiquement des feuilles d'émargement.	3 mois	
R5	Il n'existe pas de plan de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.			
R8	La procédure d'accueil du nouvel arrivant est incomplète.	Recommandation 4 : Compléter la procédure d'accueil du nouvel arrivant.		16/06/2023
R12	La procédure d'admission, incomplète, n'est pas spécifique à l'établissement.	Recommandation 5 : Rédiger une procédure d'admission spécifique à l'établissement.	3 mois	
R6	Les procédures ne font pas mention de la réalisation de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.	Recommandation 6 : Mettre à jour les procédures de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'un plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 7 : Etablir un plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité.	4 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)
R10	L'établissement ne dispose pas de fiches de postes pour les postes d'IDE, AMP et AS de nuit, ni de fiches de tâches.	Recommandation 8 : Rédiger les fiches de tâches et les fiches de postes pour les postes d'IDE, AMP et AS de nuit.	3 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif à l'hydratation.	Recommandation 9 : Etablir un protocole relatif à l'hydratation.		16/06/2023
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 10 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R9	Le taux de turn over des AS/AES/AMP n'a pas été transmis.	Recommandation 11 : Transmettre le taux de turn over des AS/AES/AMP.	Dès réception du rapport	