

Le directeur général

Lille, le - 1 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2022_HDF_0239



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD La Rose des Vents situé au 76, rue Pierre Bochu à Féchain (59247) 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 19 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 avril 2023. Par courriel reçu par mes services le 12 mai 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.

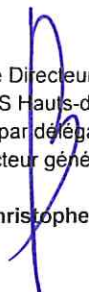
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 HARY
Directeur général
Association Floralys
62 rue Saint-Sulpice CS 60226
59504 DOUAI Cedex

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 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 La Rose des Vents à FECHAIN (59247) initié le 19 octobre 2022

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)
E8	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 ASH ; 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 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	9 mois	
E9	La non-qualification de certains personnels présents par poste horaire (de jour et de nuit), ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.			
E10	En l'absence de personnel qualifié en nombre suffisant (une seule AS), la sécurité des résidents de l'UVP n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	Prescription 2 : Prévoir quotidiennement et en continu les effectifs suffisants en nombre et en qualification en UVP, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	/	
E11	La surveillance des résidents de l'UVP la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	Prescription 3 : Positionner l'équipe de nuit en UVP, afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	/	
E6	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription 4 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 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)
E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	/	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 6 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E12	En l'absence d'un volet relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance dans le plan de formation 2021, l'établissement contrevient 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.	Prescription 7 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance.	9 mois	
E15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne séparant le repas du soir (18h) et le petit déjeuner (8h) est supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Prescription 8 : Proposer systématiquement aux résidents une collation nocturne afin d'éviter une période de jeûne trop longue (> à 12 heures) conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	/	
E5	Le conseil de la vie sociale (CVS) de l'établissement ne se réunit pas au minimum 3 fois par an, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	Prescription 9 : Réunir le CVS de l'établissement, au moins trois fois par an conformément à l'article D311-16 du CASF.	/	
E14	Le RAMA n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur ce qui contrevient aux modalités de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription 10 : Soumettre pour avis le RAMA à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	6 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)
E3	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription 11 : Intégrer au prochain projet d'établissement (en vigueur à compter de 2023) : <ul style="list-style-type: none"> un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions de l'article D312-160 du CASF ; un projet de soins élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante. 	9 mois	
E13	En disposant d'un projet de soins non élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E2	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale (CVS) ou une autre forme de participation dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 12 : Soumettre le prochain projet d'établissement (en vigueur à compter de 2023) au conseil de la vie sociale (CVS) conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	9 mois	
E4	En ne respectant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription 13 : Réviser le règlement de fonctionnement et respecter une périodicité de modification (5 ans) conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	/	
R9	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas systématiquement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 1 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R10	Plusieurs protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD ne sont pas formalisés.	Recommandation 2 : Formaliser, à minima, les protocoles liés aux thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> troubles du comportement ; incontinence ; prise en charge de la douleur ; soins palliatifs ; prise en charge de la fin de vie. 	6 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)
R2	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	Recommandation 3 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer leurs partages et une meilleure lisibilité des ressources positionnées.	3 mois	
R1	Au regard du nombre de personnes ayant occupé le poste de directeur depuis 2018 (4), la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction.	Recommandation 4 : Etudier les causes d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	
R6	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R7	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R11	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement évalués périodiquement.	Recommandation 5 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	6 mois	
R8	Les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident sont incomplètes et elles n'ont pas été actualisées depuis 2011.	Recommandation 6 : Réactualiser les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident en y intégrant l'ensemble des modalités prévues par la réglementation (cf. détails page 25 du rapport de contrôle).	3 mois	
R3	La procédure de « gestion des événements indésirables » n'a pas été actualisée depuis 2014.	Recommandation 7 : Réactualiser la procédure de « gestion des événements indésirables », en y intégrant notamment la réalisation de RETEX.	3 mois	
R5	L'établissement ne mentionne pas dans ses procédures internes la possibilité de réaliser des RETEX suite à la survenue d'un événement indésirable.			
R4	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations et des formations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation 8 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	/	