

Le directeur général

Lille, le 7 DEC. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00320



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Tilleuls à Maubeuge (59600) 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 10 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 octobre 2023. Par courrier reçu par mes services le 10 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-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 Michel TIBIER
Président
Association AFEJI Hauts-de-France
199, rue Colbert
59043 LILLE

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 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

Pièce jointe :

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

Copie à Monsieur Ismaël DE FREITAS, directeur de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Tilleuls à MAUBEUGE (59600) initié le 10 juillet 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)
E6	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 s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, y compris la nuit et en UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément à la réglementation	1 mois	
E9	L'inconstance des effectifs présents en termes de nombre et de qualification des agents, le jour et la nuit, 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 L311-3-3° du CASF.			
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.			
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.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions		

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	Le médecin coordonnateur ne dispose, au jour du contrôle, 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.	de l'article D312-156 du CASF et transmettre un justificatif de formation afin de se conformer à la réglementation.	2 mois	
E1	Au jour du contrôle, la commission de coordination gériatrique n'est pas activement mise en œuvre, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 3 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	2 mois	
R3	En l'absence de protocole spécifique à la bientraitance, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.	Prescription 4 : Transmettre le protocole spécifique à la bientraitance et renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	/	
E5	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.			
E13	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 5 : 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.	6 mois	
R7	Les projets d'accompagnement des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
E14	Au regard du manque de projets personnalisés pour plusieurs résidents, les rythmes de vie ne peuvent être en adéquation avec les désirs des personnes prises en charge.			

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	L'organigramme annexé au projet d'établissement n'est pas mis à jour de manière régulière.	Prescription 6 : Le projet d'établissement doit être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	2 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E2	En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 7 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	/	
E4	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 8 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	2 mois	
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 1 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	/	
R5	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 2 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	/	
R8	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.	Recommandation 3 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	4 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)
R6	Le taux d'absentéisme global n'a pas été précisé à la mission de contrôle.	Recommandation 4 : Transmettre le taux d'absentéisme global.	/	
R9	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la prise en charge des troubles cognitifs, aux directives anticipées, au circuit du médicament ainsi que des conduites à tenir face à des situations urgentes.	Recommandation 5 : Etablir les protocoles relatifs à la prise en charge des troubles cognitifs, aux directives anticipées, au circuit du médicament ainsi que des conduites à tenir face à des situations urgentes.	6 mois	
R10	Le personnel n'est pas sensibilisé aux protocoles de manière régulière.	Recommandation 6 : Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	6 mois	
R11	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique et aucune démarche évaluative n'est mise en place.	Recommandation 7 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	/	
R1	Les liens entre le directeur d'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisés	Recommandation 8 : Mettre en place des comptes rendus à la suite des réunions institutionnelles entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire.	/	