

Le directeur général

Lille, le **17 JUIL. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0231

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD résidence le château à Songeons (60380) 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 17/10/2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 02/05/2023.

Par courrier reçu par mes services le 02/06/2023, 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.

Monsieur AUGUET Jean-Marc
Directeur général
Association Temps de vie
5, rue Philippe Noret Parc du Canon d'Or – bâtiment C 1^{er} étage
59350 Saint André Lez Lille

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 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(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de de l'EHPAD résidence le château à Songeons (60380) initié le 17/10/2022

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)
E.7	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-3° du CASF.	P.1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	1 mois	
E.8	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.	P.2 : Mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E.11	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne séparant le repas du soir (18h45) et le petit déjeuner (8h15) est supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	P.3 : 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.	1 mois	
E.5	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0.	P.4 : Procéder au recrutement du médecin coordonnateur.	1 mois	
E.1	La capacité installée au sein de l'EHPAD est inférieure à la capacité autorisée et financée.	P.5 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	1 mois	
E.9	En ne disposant pas d'un projet de soins, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	P.6 : Rédiger le projet d'établissement ainsi que le projet de soins conformément à la réglementation en vigueur.	6 mois	
E.3	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.			

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)
E.10	L'établissement n'a pas établi de rapport annuel médical d'activité (RAMA) contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	P.7 : Établir le RAMA de l'année 2022 conformément aux articles D. 312-158 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	9 mois	
E.2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P.8 : Organiser la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E.6	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P.9 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	02/06/2023	
E.4	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	P.10 : Préciser dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance et les coordonnées manquants.	1 mois	
R.12	Les projets d'accompagnement personnalisé de 12 résidents n'ont pas été évalués périodiquement.	R.1 : L'établissement doit formaliser et réviser de manière régulière, avec le résident et/ou son représentant légal, les projets personnalisés afin de garantir une prise en charge de qualité et répondre aux exigences réglementaires.	1 mois	
R.9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R.2 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	3 mois	
R.7	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.	R.3 : Engager des actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et les formaliser dans un plan global d'actions.	1 mois	
R.6	Le personnel de l'établissement n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	R.4 : Former les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
R.11	La procédure d'admission ne fait pas référence à plusieurs modalités prévues par les articles L. 311-4 et D. 311 du CASF.	R.5 : Mettre à jour la procédure d'admission en incluant les modalités prévues par les articles L. 311-4 et D. 311 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)
R.10	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste et aucune fiche de tâches n'a été communiquée.	R.6 : Rédiger les fiches de tâches et les fiches de poste pour les catégories de professionnelles n'en disposant pas.	1 mois	
R.2	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.			
R.5	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de fiche de poste.			
R.4	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de formation spécifique au métier d'encadrement.	R.7 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	02/06/2023	
R.8	L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant.	R.8 : Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	1 mois	
R.1	Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux CODIR.	R.9 : Organiser des CODIR de manière régulière et rédiger leurs comptes rendus.	1 mois	
R.3	L'établissement n'a pas transmis la dernière fiche de paie de l'IDEC au moment de la mission d'inspection contrôle.	R.10 : Transmettre la fiche de paie de l'IDEC du dernier mois à la mission d'inspection contrôle.	1 mois	