

Le directeur général

Lille, le 16 MAI 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0243

LETTRÉ RECOMMANDÉ AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence au temps des Cerises à Audruicq (62370) 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 14 mars 2023.

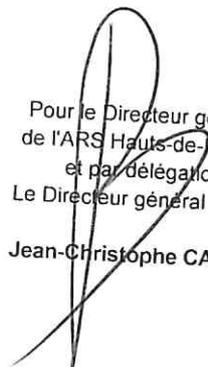
En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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 Jean-Marc AUGUET
Directeur général
Association Temps de vie
5, rue Philippe Noiret
Parc du Canon d'Or
Bâtiment C, 1^{er} étage
59350 SAINT-ANDRE-LEZ-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 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.

Copie à la directrice de l'établissement

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Au temps des cerises à Audruicq (62370) initié le 19 octobre 2022.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (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.1	La capacité d'hébergement permanent installée au sein de l'EHPAD (70 places) n'est pas conforme à la capacité autorisée dans l'arrêté d'autorisation du 5 mars 2007 (79 places).	P1 : Mettre en conformité la capacité de l'établissement conformément à son arrêté d'autorisation.	3 mois	
E.8	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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des auxiliaires de vie sociale; 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.	P2 : Mettre fin aux glissements de tâches	1 mois	
E.9	E.9 : L'inconstance et l'insuffisance 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 L311-3-3° du CASF.	P3 : Stabiliser les équipes et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, en termes de nombre et de qualification, notamment la nuit au sein de l'UVA afin de garantir une prise en charge de qualité.	3 mois	
E.10	E.10 : En l'absence de personnel positionné au sein de l'UVA la nuit, la sécurité des résidents n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L.311-3-2 du CASF.			
R.12	R.12 : Au regard du nombre de CDD conclus au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E.2	E.2 : En l'absence d'un médecin coordonnateur, la composition de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-155-0, II du CASF.	P4 : Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur et mettre en place la commission de coordination gériatrique	1 mois	
R.2	R.2 : En l'absence de médecin coordonnateur, la présidence de la commission de coordination gériatrique n'est pas valablement assurée.			

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (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.15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir (18h30) et le petit déjeuner (8h15) est supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	P5 : Proposer de façon systématique une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E.14	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, ce qui ne respecte pas les dispositions des articles L.311-3-3° et D312-155-0-3° du CASF.	P6 : Mettre en place des projets personnalisés pour l'ensemble des résidents accueillis afin d'assurer une personnalisation de la prise en charge conformément aux dispositions des articles L.311-3-3° et D312-155-0-3° du CASF.	3 mois	
E.3 E.4 E.12	E.3 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L311-8 du CASF. E.4 : Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas intégré au projet d'établissement obsolète, ce qui contrevient à l'article D.312-160 du CASF. E.12 : L'établissement ne dispose pas d'un projet général de soins contrevenant ainsi à l'article D.312-158 du CASF.	P7 : Elaborer un projet d'établissement en y intégrant un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et le projet de soins conformément à l'article L311-8 du CASF	5 mois	
E.13	L'établissement ne dispose pas d'un RAMA contrevenant ainsi à l'article D.312-158-10° du CASF.	P8 : Rédiger un RAMA conformément à l'article D.312-158-10° du CASF.	2 mois	
E.5	Le règlement de fonctionnement est obsolète et contrevient à l'article R311-33 du CASF.	P9 : Mettre en conformité le règlement de fonctionnement conformément à l'article R311-33 du CASF.	2 mois	
E.6	En ne mentionnant pas les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives ainsi que les numéros d'écoute des situations de maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article L.311-4 du CASF.	P10 : Mettre en conformité le livret d'accueil conformément à l'article L.311-4 du CASF.	1 mois	
E.7 R.3	E.7 : Le CVS n'est pas conforme aux articles D.311-5 et D.311-19 du CASF. R.3 : Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.	P11 : Assurer un fonctionnement conforme à la réglementation du CVS : - élire un représentant du personnel ; - mettre à jour le règlement intérieur.	4 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (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.11 R.6 R.15	<p>E.11 : Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007, aucune formation relative à la lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance n'est organisée au sein de l'établissement.</p> <p>R.6 : Le plan de formation ne prévoit pas de formation relative à la déclaration des évènements indésirables.</p> <p>R.15 : Aucune formation interne n'est organisée au sein de l'établissement.</p>	P12 : 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 prévention et la lutte contre la maltraitance ; la promotion de la bientraitance.	3 mois	
R.7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des évènements indésirables graves.	R1 : Elaborer une procédure de déclaration externe des évènements indésirables graves.	3 mois	
R.8	La procédure de déclaration des évènements indésirables ne prévoit pas de RETEX.	R2 : Mettre à jour la procédure de déclaration des évènements indésirables.	3 mois	
R.18	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponses aux dispositifs d'appel malade.	R3 : Réaliser une étude sur les délais de réponses aux dispositifs d'appel malade afin de s'assurer que les délais sont corrects.	1 mois	
R.9	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.	R4 : Formaliser un plan global d'action précisant les actions menées en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R.13 R.14	<p>R.13 : L'établissement indique un taux d'absentéisme pour les AS/AES/AMP élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.</p> <p>R.14 : L'établissement indique un taux de turn-over pour les IDE élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.</p>	<p>R5 : Afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents, la satisfaction des familles et des conditions de travail satisfaisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyser les causes du turn over et de l'absentéisme; - stabiliser les équipes ; - prendre les mesures qui s'imposent. 	3 mois	
R.10 R.11	<p>R.10 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.</p> <p>R.11 : Le nouvel arrivant n'est pas systématiquement accompagné par un pair lors de sa prise de poste.</p>	R6 : Rédiger une procédure d'accueil du nouvel arrivant en prévoyant systématiquement un accompagnement par un pair au moment de la prise de poste.	3 mois	
R.17	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé ne sont pas formalisées.	R7 : Elaborer une procédure précisant les modalités d'élaboration du projet personnalisé.	3 mois	
R.1	En l'absence de transmission des comptes rendus des réunions CODIR, la mission ne peut apprécier la tenue effective de ces réunions.	R8 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de CODIR.	Dès réception du rapport	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescription (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.16	La procédure d'admission n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	R9 : Transmettre à la mission de contrôle la procédure d'admission.	Dès réception du rapport	
R.4	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la fiche de paie du cadre de santé.	R10 : Transmettre à la mission de contrôle la fiche de poste du cadre de santé.	Dès réception du rapport	
R.5	L'anonymisation des diplômes empêche la mission de contrôle de s'assurer de l'identité de son titulaire.	R11 : Transmettre à la mission de contrôle le diplôme du cadre de santé sans l'anonymiser.	Dès réception du rapport	