



Le directeur général

Lille, le 24 MARS 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0249
[REDACTED]

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD « Résidence les Lys du Hainaut » à Maing (59233) 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 20 janvier 2023. Par courrier reçu par mes services le 1^{er} février 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 contrôles sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courrier et 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 Gauthier DUBOIS
Directeur
SARL Jeanne de Valois
Rue Henri Bantegnie
59233 MAING

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, l'assurance de ma considération distinguée.

J.C. 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 Résidence les Lys du Hainaut à MAING (59233) initié le 20/10/2022

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)
E10 E11 R4	E10 : 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 8 « faisant fonction AS » ; 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 : 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 L311-3-3° du CASF.	1 mois	
	E11 : L'inconstance des effectifs IDE ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.			
	R4 : La surveillance des résidents de l'UVA la nuit est insuffisamment organisée.			

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	En vertu de l'article D. 312-156 du CASF, le temps de présence du médecin coordonnateur ne peut être inférieur à un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places.			
E7	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur et mettre à jour sa fiche de poste conformément à la réglementation.		
E8	Les missions décrites dans la fiche de poste du médecin coordonnateur ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.			
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 3 : Proposer aux résidents une collation nocturne de manière systématique conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
E9	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-203 du CASF, l'établissement ne mentionne pas dans son ERRD les actions engagées dans le cadre de la DACQ mentionnée à l'article L. 312-8 du CASF.	Prescription 4 : Mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité propre à l'établissement et l'intégrer à l'ERRD conformément à la réglementation	Dès formalisation	

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)
E13	Le contrat de séjour ne mentionne pas les délais d'élaboration du PAP contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 5 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : - Intégrer les délais d'élaboration du PAP dans le contrat de séjour.		
E4	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.	- Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la prévention et à la lutte contre la maltraitance.		
E3	En l'absence de précision sur la validité du règlement de fonctionnement et sur la date de consultation du CVS, le règlement de fonctionnement ne répond pas aux exigences des articles R. 311-33 à R. 311-37 du CASF.	- Mettre en place des actions relatives à la prévention de la maltraitance pour l'ensemble du personnel. - Mettre à jour le livret d'accueil en y intégrant les coordonnées des autorités administratives.	6 mois	
E5	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D.311-10 et D.311-16 du CASF.	- Mettre à jour le règlement de fonctionnement en précisant les dates de validité de celui-ci et la date de consultation du CVS.	6 mois	
E1	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS et sur les modalités de son élaboration, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	- Intégrer au projet d'établissement les modalités de son élaboration ainsi que la date de consultation du CVS. - Modifier le règlement intérieur du CVS de l'établissement conformément à la réglementation en vigueur.	6 mois	
E2	Le projet d'établissement ne contient pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire et climatique, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	- Intégrer les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire et climatique au projet d'établissement.	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)
E12	Contrairement aux dispositions de l'article D312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription 6 : Faire signer le RAMA conjointement par le directeur et le médecin coordonnateur.		
R2	L'IDEC ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement	Recommandation 1: Former l'IDEC aux missions d'encadrement.	6 mois	
R5	Il n'existe pas de fiche de poste et fiche de tâches spécifiques pour les personnels de l'UVA.	Recommandation 2 : Créer une fiche de poste et une fiche de tâche pour le personnel de l'UVA.		
R6	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière des sensibilisations internes.	Recommandation 3 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes réalisées.		
R9	Les projets personnalisés ne sont que partiellement mis en œuvre.	Recommandation 4: Rendre accessible à l'ensemble du personnel soignant les projets personnalisés des résidents.		
R3	Il n'existe pas de plan de formation du personnel à la déclaration des dysfonctionnements et des EIG.	Recommandation 5 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment des sensibilisations relatives à la déclaration des dysfonctionnements et des EIG.	Dès réalisation des formations	

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)
R7	La procédure d'admission n'est pas à jour.	Recommandation 6 : Préciser les délais de remise du contrat de séjour dans la procédure d'admission.		
R11	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 7: Mettre en place une procédure d'évaluation périodique des protocoles en équipe pluridisciplinaire		
R10	Le projet de soins ne précise pas les modalités d'élaboration des protocoles.	Recommandation 8 : Mentionner dans le projet de soins les modalités d'élaboration des protocoles	6 mois	
R8	Il n'existe pas de procédure relative à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé	Recommandation 9: Formaliser dans un protocole dédié, les modalités d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé des résidents		
R1	Le plan bleu de l'établissement n'a pas été transmis.	Recommandation 10 : Réviser le projet d'établissement, incluant le plan bleu, et le présenter au CVS.	6 mois	