

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-0253

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence des Flandres sis 42 rue Jean Macé à TOURCOING (59200) 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 21 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16 mai 2023.

Par courrier reçu par mes services le 19 juin 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.

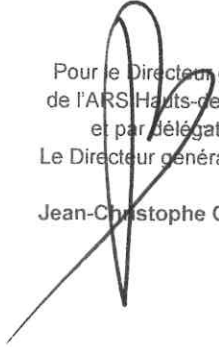
Madame Doriane BECUE
Présidente du CCAS de TOURCOING
Mairie de TOURCOING
10 Place Victor Hassebroucq
59200 TOURCOING

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, Madame la présidente, 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



Copie à Charlotte MARTIN, directrice de l'établissement.

Pièce(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence des Flandres à TOURCOING (59200) initié le 21 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)
E7	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.		
E8	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en termes de nombre et de qualification des agents, 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 L. 311-3-3° du CASF.	Prescription 2 : S'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre et en qualification, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, et de respecter leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.		
E9	En l'absence de personnel suffisant en nombre et en qualification, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			
R11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas suffisamment 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	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
R2	Les informations transmises concernant le temps de travail du médecin coordonnateur ne sont pas concordantes.			
R3	Le médecin coordonnateur ne dispose pas de fiche de poste précisant des missions qui lui sont confiées au regard de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 4 : Rédiger la fiche de poste du médecin coordonnateur en précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D312-158 du CASF.		
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique en application des articles D. 312-158, 3°, 8° et 10° du CASF.		
E12	Le RAMA n'a pas été 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 dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription 6 : Soumettre le dernier RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
E10	Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance n'est organisée au sein de l'établissement.	Prescription 7 : Mettre en place un plan de formation relatif à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.		

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)
E11	En ne précisant pas les modalités de son élaboration, le projet de soins contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (projet de soins, projet d'établissement et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E2	En raison de l'absence de la date de consultation du CVS, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			
E3	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement à l'article D312-160 du CASF.			
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E5	En l'absence de signature des procès-verbaux de CVS par son président, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale contreviennent aux dispositions des articles D311-16 et D311-20 du CASF.	Prescription 9 : Faire signer les procès-verbaux par le président conformément à l'article D311-16 et D311-20 du CASF et transmettre à la mission de contrôle document précisant le procès-verbal des dernières élections du CVS		
R1	L'établissement n'a pas remis à la mission de contrôle de document précisant la date des dernières élections du CVS, afin de vérifier la conformité du mandat des membres de celui-ci.			

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	L'ensemble des résidents 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 10 : 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 et formaliser les modalités d'élaboration de ceux-ci	6 mois	
R15	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
R16	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.			
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir (18h15) et le petit déjeuner (7h30) est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Prescription 11 : Proposer aux résidents une collation nocturne de manière systématique conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
R17	Dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 1 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R4	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de fiche de poste précisant ses missions d'encadrement et de coordination des soins.	Recommandation 2 : Rédiger une fiche de poste pour l'infirmière coordinatrice.		
R12	Les fiches de tâches de l'AS et de l'AV sont identiques.	Recommandation 3 : Rédiger des fiches de poste distinctes pour l'AS et pour l'AV.		
R8	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.	Recommandation 4 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	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)
R5	L'établissement n'a pas mis en place de sensibilisation sur la déclaration des EI/EIG.	Recommandation 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des sensibilisations sur la déclaration des EI/EIG. - Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables - Prévoir la mise en place de RETEX suite à l'analyse des EI et EIG survenu au sein de l'établissement. 	4 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des événements graves liés aux soins.			
R7	L'établissement ne mentionne pas dans ses procédures la réalisation de RETEX suite à la survenue d'un EI ou EIG.			
R14	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été actualisée depuis 2016.	Recommandation 6 : Actualiser la procédure d'admission	6 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant.	Recommandation 7 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.		
R10	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.	Recommandation 8 : Analyser les causes du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.		
R14	Les attestations de formation n'ont pas toutes été remises à la mission de contrôle, ce qui ne lui permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	Recommandation 9 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes et externes réalisées.	3 mois	
R18	En l'absence de feuille d'émargement, l'organisation régulière de ces protocoles n'est pas garantie.			