

Le directeur général

Lille, le 29 AOÛT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00106

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Le Tulipiers sis 18, rue Pierre Mathieu à Anzin (59410) 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 12 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 5 juin 2023.

Par courrier reçu par mes services le 7 juillet 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.

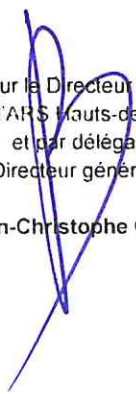
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 Jean-Marc BORELLO
Président du Groupe SOS
47, rue Haute Seille
57000 METZ

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 Madame Sarah MESSAADI, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Tuliers à ANZIN (59410) initié le 12 avril 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
E4	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 Service Logistique. 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et positionner du personnel qualifié la nuit en UVA afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.	1 mois	
E7	La surveillance de nuit au sein de l'UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E6	Au jour du contrôle, le médecin coordonnateur ne dispose 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 universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 2 : Transmettre l'attestation de réussite du médecin coordonnateur au DU de Gériatrie.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
E5	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 travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP.	3 mois	
E3	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire et transmettre les casiers judiciaires manquants des personnels soignants.		07/07/2023
R5	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.			
E2	Le projet d'établissement, n'ayant pas fait l'objet d'une consultation du CVS avant sa validation, ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 5 : Annexer le plan bleu au projet d'établissement et le soumettre au CVS pour validation conformément à l'article L. 311-8 du CASF.		07/07/2023
R4	Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement.			
E8	En ne mentionnant pas les mesures administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-4 du CASF.	Prescription 6 : Mentionner les mesures administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation dans le contrat de séjour conformément aux dispositions de l'article D. 311-4 du CASF.		07/07/2023
E1	En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, la composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature des procès-verbaux des réunions par sa présidente, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - réunissant le CVS 3 fois par an au minimum, - mettant à jour et en datant le règlement intérieur.	3 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS, non daté, n'est pas mis à jour.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	La situation géographique des professionnels participant aux astreintes de direction ne permet pas une intervention rapide en cas de besoin.	Recommandation 1 : Positionner sur les astreintes de direction des professionnels de la même zone géographique pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas.		07/07/2023
R7	L'ensemble du personnel n'a pas été formé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 2 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et prévoir systématiquement des feuilles d'émargement lors des formations internes et externes.	6 mois	
R10	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations et sensibilisations internes et externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			
R14	En l'absence de feuilles d'émargement comportant un intitulé relatif aux protocoles, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R6	Les dossiers de 6 membres du personnel ne sont pas complets et ceux de 2 membres du personnel n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : Transmettre les éléments et les dossiers manquants du personnel.		07/07/2023
R8	L'établissement a précisé un taux de turn over élevé des effectifs soignants sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 4 : Analyser les causes du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'action.		07/07/2023
R11	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 5 : Etudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	Recommandation 6 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	3 mois	
R13	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes de l'établissement.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R15	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 7 : Evaluer les protocoles de manière périodique et préciser leur date de mise à jour.	3 mois	
R9	Les fiches de postes n'ont pas été transmises.	Recommandation 8 : Transmettre les fiches de postes du personnel.	1 mois	
R1	L'organigramme ne comporte pas de date de mise à jour.	Recommandation 9 : Dater l'organigramme.		07/07/2023