

Le directeur général

Lille, le 25 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00090

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Le Jardin d'Allium sis 121, rue des Blongios à Arleux (59151) 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 15 juin 2023.

Par courrier reçu par mes services le 13 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.

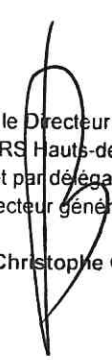
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 Stéphane HARY
Directeur général
FLORALYS RESIDENCES
62, rue Saint-Sulpice
59504 DOUAI Cedex

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 Madame Cécile PRISSETTE, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Le Jardin d'Allium à ARLEUX (59151) 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)
E7	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire en UVA, en termes 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. 311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre suffisant de personnel qualifié en UVA de jour et de nuit afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E5	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 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.			
E8	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	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 2 : Recruter un médecin coordonnateur dédié à l'établissement à hauteur de 0,4 ETP conformément à la réglementation	3 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)
E9	Le projet de soins n'a pas été élaboré par un médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-1 du CASF.	Prescription 3 : Le projet de soins doit être réalisé par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante conformément à l'article D. 312-158-1 du CASF.	6 mois	
E10	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E4	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 2 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 6 : 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.		13/07/2023
E3	En ne précisant pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre ainsi que l'identification du service et des mesures concernant les soins palliatifs, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 7 : Réviser le projet d'établissement conformément à l'article L. 311-8 du CASF en précisant la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi qu'en identifiant le service et les mesures concernant les soins palliatifs.	3 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)
E2	Le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 8 : 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, - élisant le président du CVS conformément à l'article D. 311-9 du CASF ; - faisant signer systématiquement les procès-verbaux de réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF ; - mettant à jour le règlement intérieur du CVS et en le faisant valider par le CVS en cours de mandat conformément à l'article D. 311-19 du CASF.	3 mois	
R5	En l'absence de feuilles d'émargement relatives à la déclaration des événements indésirables, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 1 : Former le personnel aux protocoles par le biais de sensibilisations internes. Faire signer systématiquement des feuilles de présence lors de la réalisation de formations internes et externes.	3 mois	
R12	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R14	Les professionnels ne bénéficient pas de sensibilisations internes relatives aux protocoles.			
R1	Les extraits de casiers judiciaires ne sont pas régulièrement renouvelés.	Recommandation 2 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.		13/07/2023
R2	Le dossier d'un membre du personnel n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : Transmettre le dossier du personnel manquant.		13/07/2023

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)
R7	Au jour du contrôle, l'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 4 : Transmettre l'attestation de formation de l'IDEC à la formation « Coordinateur de Soins et d'Activités en structure médico-sociale » qui aura lieu en janvier 2024.	7 mois	
R8	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme et de turn over des AS/AMP/AES élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Analyser les causes de l'absentéisme et du turn over des AS/AMP/AES, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'action.		13/07/2023
R11	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	Recommandation 6 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R4	La procédure de « gestion des événements indésirables » n'a pas été révisée depuis 2014.	Recommandation 7 : Réviser la procédure de gestion des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.			
R9	Les procédures d'admission sont incomplètes.	Recommandation 8 : Compléter les procédures d'admission.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure relative aux modalités d'élaboration, d'évaluation et de suivi des projets personnalisés.	Recommandation 9 : Etablir une procédure précisant les modalités d'élaboration, d'évaluation et de suivi des projets personnalisés.	3 mois	
R13	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la douleur, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 10 : Etablir les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la douleur, aux changes et à la prévention de l'incontinence aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	

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	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 11 : Réviser les protocoles de manière périodique.		13/07/2023
R3	La procédure sur la conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance n'a pas été révisée depuis avril 2014.	Recommandation 12 : Réviser la procédure sur la conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance.	3 mois	