



Le directeur général



Lille, le 29 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00032

**LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Jardins d'Iroise sis 50, rue de Méru à Laboissière-en-Thelle (60570) 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 28 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 6 juillet 2023.

Par courrier reçu par mes services le 28 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](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr), dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi

Monsieur Stéphane CAVAILLON-PINOD  
directeur général  
Iroise Bellevie – SGMR Ouest  
18, rue du Pont de l'Arche  
37500 SAINT-AVERTIN

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, 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 Monsieur Guillaume BINET, directeur de l'établissement.

## Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Jardins d'Iroise à LABOISSIERE-EN-THELLE (60570), initié le 28 mars 2023

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)
E8	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 agents de soins ; 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.	<b>Prescription 1 :</b> Mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E9	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.	<b>Prescription 2 :</b> 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	1 mois	
E10	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.			
E11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			

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)
E1	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<b>2 mois</b>	
E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	<b>6 mois</b>	
E13	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 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, ni soumis à la commission de coordination gériatrique.	<b>Prescription 5 :</b> Faire signer le RAMA conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D.312-158-10° du CASF.	<b>3 mois</b>	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	<b>6 mois</b>	

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	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 L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 7 :</b> Transmettre : - les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle et les renouveler régulièrement - l'ensemble des contrats et des diplômes.		
R4	La mission d'inspection constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).			
R5	Au jour du contrôle, l'ensemble des contrats et des diplômes du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E3	Le CVS n'est pas actif, ce qui est contraire aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> 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.	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)
E4	L'EHPAD ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E5	Le règlement de fonctionnement transmis par l'établissement n'est pas conforme aux dispositions des articles R. 311-33 à R. 311-37 du CASF	<b>Prescription 9 :</b> Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>3 mois</b>	
E6	Le livret d'accueil de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007			
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas 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.	<b>Prescription 10 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>3 mois</b>	

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)
R3	L'établissement ne dispose de protocole de prévention de lutte contre la maltraitance.			
R19	Le protocole relatif à la prise en charge de la douleur n'est pas cité dans les documents remis à la mission de contrôle.	<b>Remarque 1 :</b> Etablir les protocoles relatifs aux thématiques suivantes : prévention de lutte contre la maltraitance, et la prise en charge de la douleur, organiser des sensibilisations régulières sur les protocoles internes et mettre en place un émargement systématique.	4 mois	
R20	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R16	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations externes et/ou de sensibilisations internes, la formation du personnel n'est pas garantie.			
R6	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<b>Remarque 2 :</b> Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	<b>Remarque 3 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.		
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.	<b>Remarque 4 :</b> Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects	3 mois	
R18	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.			

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)
R9	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	<b>Remarque 5 :</b> Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	<b>3 mois</b>	
R10	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Remarque 6 :</b> - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG.  - Prévoir l'organisation de RETEX suite à l'analyse des EI et EIG survenu au sein de l'établissement.	<b>3 mois</b>	
R11	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue d'événements indésirables.			
R17	La procédure d'admission, incomplète, n'est pas spécifique à l'établissement.	<b>Remarque 7 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	<b>3 mois</b>	
R12	L'IDEC ne dispose pas au jour du contrôle de formation spécifique à l'encadrement.	<b>Remarque 8 :</b> Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	<b>3 mois</b>	
R15	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment l'IDE, les ASH de jour et de nuit, et les AS de nuit	<b>Remarque 9 :</b> Formaliser les fiches de tâches des professionnels soignants et non soignants (l'IDE, les ASH de jour et de nuit, et les AS de nuit).		

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)
R13	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Remarque 10 :</b> Analyser les causes d'absentéisme et transmettre le taux de turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	
R14	Le taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	<b>Remarque 11 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.		
R2	Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux CODIR.	<b>Remarque 12 :</b> Rédiger les comptes rendus des CODIR systématiquement.	3 mois	