



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00141
[REDACTED]

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Saint Jean sis 16 rue du 11 novembre à LAVENTIE (62840) 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 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 19 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 17 septembre 2024, 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.

Monsieur Noël DEFFONTAINES
Président du Conseil d'Administration
Association Temps de Vie
Parc du Canon d'Or
5, rue Philippe Noiret
59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE

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 effectives 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 président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Monsieur Yves PEYRON, directeur de l'établissement.

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 Saint Jean à LAVENTIE (62840) initié le 21 mars 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents faisant fonction d'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 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ; prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E11	En l'absence de personnel suffisamment qualifié (une seule AS), la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas systématiquement garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1 du CASF.	Prescription 2 : Positionner uniquement du personnel qualifié au sein de l'UVA afin d'assurer la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.		17/09/2024
E6	En l'absence de vérification à l'embauche puis de manière régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 du personnel à exercer auprès des personnes vulnérables.	Prescription 3 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, notamment les événements relatifs à des erreurs médicamenteuses, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 4 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes, notamment les événements relatifs aux erreurs médicamenteuses, conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Dès réception du rapport	
E14	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 6 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur.	Dès réception du rapport	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Réviser la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		17/09/2024
E12	Le projet de soins ne présente pas l'ensemble de la prise en charge médicale, dont les soins palliatifs, contrairement à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
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 la direction de l'établissement.	Prescription 9 : Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10, du CASF puis le transmettre à la mission de contrôle.		17/09/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 10 : Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions des articles L. 311-8 et D.311-38-3 à D. 311-38-5 du CASF.			
E4	En n'ayant pas consulté le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	En l'absence de précisions concernant les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E1	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription 12 : Mettre en conformité la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF et actualiser les éléments concernant la composition dans le règlement intérieur du CVS.	3 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			
R6	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 1 : Former de manière régulière le personnel à la déclaration des événements indésirables puis transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.		17/09/2024
R14	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 réalisées que de manière occasionnelle.	Recommandation 2 : Etudier les délais de réponse aux appels malades de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure précisant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.	Recommandation 3 : Réviser la procédure de déclaration des événements indésirables graves en présentant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations.	Recommandation 4 : Réaliser le bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	3 mois	
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Compléter la procédure d'admission		17/09/2024
R13	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration des projets personnalisés formalisée.	Recommandation 6 : Etablir une procédure d'élaboration des projets personnalisés.		17/09/2024
R9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		17/09/2024
R4	L'identité du médecin coordonnateur renseignée dans le plan bleu n'est pas à jour.	Recommandation 8 : Actualiser l'identité du médecin coordonnateur dans le plan bleu.		17/09/2024
R8	Le livret d'accueil du nouveau collaborateur n'est pas mis à jour.	Recommandation 9 : Actualiser le livret d'accueil du nouveau collaborateur.	1 mois	
R10	Les fiches de tâches ne précisent pas les fonctions des professionnels assurant les postes évoqués.	Recommandation 10 : Préciser les fonctions des professionnels dans les fiches de tâches puis les transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	
R11	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste des ASH, de l'éducatrice spécialisée, de la psychologue, de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute.	Recommandation 11 : Transmettre la fiche de poste des ASH, de l'éducatrice spécialisée, de la psychologue, de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute.		17/09/2024
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 12 : Etablir un organigramme nominatif.		17/09/2024
R2	Aucun compte-rendu des réunions institutionnelles (CODIR) n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de CODIR à la mission de contrôle.		17/09/2024