

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00403


LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence La Treille sis 36 bis rue de l'Abreuvoir à VALENCIENNES (59300) 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 8 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16 janvier 2025.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

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 Benoit POTTIER
Directeur Associé
Iroise Bellevie
18 Rue du Pont de l'Arche
37500 SAINT-AVERTIN

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'agrérer, Monsieur le directeur, 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 Madame Tess SANZ, directrice 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 La Treille à VALENCIENNES (59300) initié le 8 juillet 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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)
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'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 afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de tâches révisées à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E9	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'étant pas systématiquement permanente et 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.	Prescription 2 : Positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF.	1 mois	
E6	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les	Prescription 3 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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)
	aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.			
E10	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles R. 314-149-III et L. 311-4 du CASF ainsi que du décret n°2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	<p>Prescription 4 :</p> <p>Réviser le contrat de séjour conformément à la réglementation en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mentionnant l'ensemble des prestations socles relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD et mentionnée à l'annexe 2-3-1 du CASF, - ne facturant pas l'accès aux moyens de communication, y compris internet, ainsi que le marquage du linge, - révisant les conditions de facturation après le décès du résident, - s'assurant que la conclusion du contrat de séjour donne lieu à l'accord de principe ou au refus de la personne accueillie ou de son représentant légal pour le contrôle de l'espace privatif ainsi que pour la collecte, la conservation et le traitement des données personnelles recueillies au cours de sa prise en charge conformément à l'article L. 311-4 du CASF. 	3 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	<p>Prescription 5 :</p> <p>Réviser la composition et les coordonnées des membres de la cellule de crise et intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.</p>	3 mois	
R2	L'identité et les coordonnées des membres composant la cellule de crise n'ont pas été actualisées.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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)
E8	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E2	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 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.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E5	Le livret d'accueil ne comporte pas la notice d'information relative à la personne de confiance contrairement aux dispositions de l'article D. 311-39 du CASF.			
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-19 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 3115 du CASF. - mettant à jour le règlement intérieur du CVS et en le faisant valider lors de la 1 ^{ère} réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-19 du CASF.	3 mois	
E11	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois	Prescription 9 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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)
	supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.			
R1	Au jour du contrôle, les rencontres entre la directrice et l'organisme gestionnaire de l'établissement ne sont pas organisées.	Recommandation 1 : Organiser les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire et les formaliser.	3 mois	
R5	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de 2008 de la HAS.	Recommandation 2 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R8	En l'absence de précisions concernant la date d'entrée des résidents, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les projets personnalisés sont établis dans un délai de 6 mois suivant l'entrée.	Recommandation 3 : Transmettre le tableau de suivi des projets personnalisés en faisant figurer la date d'entrée des résidents.	1 mois	
R3	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions d'amélioration continue de la qualité formalisé.	Recommandation 4 : Formaliser un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations contrairement aux recommandations de la HAS datant d'octobre 2024.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R7	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 6 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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)
R6	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 7 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à l'hydratation et à l'accompagnement en soins palliatifs.	Recommandation 8 : Etablir les protocoles relatifs à l'hydratation et à l'accompagnement en soins palliatifs.	3 mois	
R10	En l'absence de précisions concernant les dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 9 : Transmettre la liste des protocoles en faisant figurer les dates de dernières mises à jour afin de s'assurer de leur évaluation périodique.	1 mois	