

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00408


Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Philippe PELLETIER
Directeur
EHPAD Les Vertes Années
11 rue du Général Leclerc
59212 WIGNEHIES

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Vertes Années sis 11 rue du Général Leclerc à WIGNEHIES (59212) initié le 8 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Vertes Années sis 11 rue du Général Leclerc à WIGNEHIES (59212) 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 correctives envisagées vous ont été notifiés le 16 décembre 2024.

Par courrier reçu le 20 janvier 2025, 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.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



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.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Vertes Années à WIGNEHIES (59212) 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)
E10	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 ASHQ ; 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 s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et le respect des rythmes de vie des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF et transmettre un échéancier. Transmettre les fiches de postes révisées à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E13	L'insuffisance et l'inconstance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permettent pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 2 : 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.	Dès réception du rapport	
E7	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	Prescription 3 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.		20/01/2025

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)
	de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.			
E8	Les documents institutionnels ne présentent pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ce qui ne respecte pas l'article L. 311-8 du CASF, l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 et les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'HAS le 25 octobre 2024.	Prescription 4 : Présenter la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place par l'établissement dans les documents institutionnels conformément à l'article L. 311-8 du CASF, à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 et aux recommandations de bonnes pratiques publiées par l'HAS en octobre 2024.	6 mois	
E16	Les projets d'accompagnement personnalisé ne sont pas systématiquement élaborés dans un délai de 6 mois suivant l'admission des résidents et réévalués à minima une fois par an contrairement aux dispositions de l'article D. 311 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	
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement caduc contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 6 : Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.		20/01/2025
E11	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 7 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	Dès réception du rapport	
E12	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 8 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 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)
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 9 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E14	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.	Prescription 10 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E15	L'établissement n'a pas transmis de rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 11 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E3	L'établissement 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.	Prescription 12 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 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)
E5	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E6	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E2	Les comptes rendus de réunions de CVS ne sont pas systématiquement signés par le président contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription 13 : Faire signer systématiquement les comptes rendus de réunions de CVS par le président du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF.		20/01/2025
R5	Au jour du contrôle, l'ensemble du personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 1 : Organiser des sensibilisations internes et former le personnel à la déclaration des événements indésirables ainsi qu'aux transmissions ciblées.	3 mois	6 mois
R15	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			

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)
R12	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes.			
R11	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 2 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations réalisées et figurant dans les plans de formations.		20/01/2025
R1	Aucun document relatif à l'organisation des astreintes de direction n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : Transmettre une procédure indiquant les modalités d'organisation des astreintes de direction ainsi que les plannings illustrant cette organisation.	1 mois	
R3	L'établissement ne dispose pas d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 4 : Etablir un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité puis le transmettre à la mission de contrôle.	6 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)
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction annuellement.	Recommandation 5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.		20/01/2025
R6	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 6 : Réaliser des RETEX en équipe pluridisciplinaire suite à la survenue des événements indésirables graves.	3 mois	
R8	Les informations renseignées par l'établissement concernant le temps de travail du médecin coordonnateur ne sont pas concordantes avec son contrat de travail.	Recommandation 7 : Transmettre des informations concordantes concernant le temps de travail du médecin coordonnateur.		20/01/2025
R14	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.	Recommandation 8 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets personnalisés.	3 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)
R13	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	
R7	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant et d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 10 : Etablir une procédure d'accueil et un livret d'accueil pour le nouvel arrivant.	3 mois	
R16	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la nutrition, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 11 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs à la nutrition, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R2	L'établissement utilise un terme obsolète dans le plan bleu pour désigner l'ARS Hauts-de-France et les coordonnées ne sont pas à jour.	Recommandation 12 : Réviser les termes utilisés dans le plan bleu concernant la désignation de l'ARS Hauts-de-France.	1 mois	
R9	Le taux de turn over des effectifs soignants pour 2021, 2022 et 2023 n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants pour 2021, 2022 et 2023.	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)
R10	Aucune fiche de tâches n'a été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre les fiches de tâches à la mission de contrôle.	1 mois	