

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00300



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Arnaud DUPUIS
Directeur
EHPAD Résidence de la Vallée
4 rue de l'Ecole
02310 CHARLY-SUR-MARNE

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence de la Vallée situé au 4 rue de l'Ecole à CHARLY-SUR-MARNE (02310) initié le 07 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence de la Vallée situé au 4 rue de l'Ecole à CHARLY-SUR-MARNE (02310) 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 07 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 30 novembre 2023.

Par courriel reçu le 29 décembre 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.

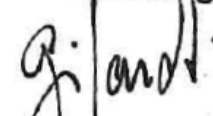
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

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.

Le Directeur général



Hugo GILARDI

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 de la Vallée à CHARLY-SUR-MARNE (02310) initié le 07 juillet 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) |
|--|--|---|---------------------------|--|
| E9 | 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 professionnels non diplômés ; 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 n°1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification notamment en UP, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF. | 1 mois | |
| E13 | L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-33° du CASF. | | | |
| E15 | En l'absence de personnel en nombre suffisant (parfois un seul agent par poste), la sécurité des résidents de l'UP n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 3113 1 du CASF. | | | |
| E14 | Au regard du nombre et de la pathologie (PMP/GMP) des résidents accueillis, la présence IDE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3 1° du CASF. | Prescription n° 2 : Augmenter l'effectif infirmier de sorte à garantir une présence infirmière suffisante en journée, afin de garantir la sécurité, ainsi que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément à l'article L311-3-1° du CASF. | 6 mois | |
| E6 | En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, l'établissement contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF. | Prescription n°3 : Revoir les modalités de facturation aux usagers, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD | / | 29/12/2023 |

| 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) |
|--|---|---|---------------------------|---|
| | | mentionné dans l'annexe 2-3-1 du CASF, et mettre à jour en conséquence les documents institutionnels (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, et contrat de séjour). | | |
| E19 | 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 supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | Prescription n°4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | / | 29/12/2023 |
| E8 | En effectuant pas la vérification du diplôme à l'embauche, et de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. | Prescription n°5 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation. | 1 mois | |
| E10 | Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312156 du CASF. | Prescription n°6 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF. | 1 mois | |
| E11 | Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF. | Prescription n°7 : Inscrire le médecin coordonnateur dans une formation de manière à satisfaire aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF. | 6 mois | |
| E12 | La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF. | Prescription n°8 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF. | 1 mois | |
| E1 | En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312158 du CASF. | Prescription n°9 : | 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) |
|--|--|---|---------------------------|---|
| | | Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF. | | |
| E2 | Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF. | Prescription n°10 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-9 et D311-20 du CASF (cf. détails page 12 du rapport de contrôle). | 3 mois | |
| E3 | En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. | Prescription n°11 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312158 du CASF. | 6 mois | |
| E16 | Le projet général de soins est incomplet et n'est pas intégré dans un projet d'établissement en cours de validité, ce qui est contraire aux dispositions des articles D. 312-158 et D311-38 du CASF. | | | |
| R11 | Le projet de soins ne mentionne pas les modalités de son élaboration. | | | |
| E4 | Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement obsolète, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF. | Prescription n°12 : Transmettre, en l'annexant au nouveau projet d'établissement, le plan bleu de l'établissement conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD ». | 6 mois | |
| R2 | Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle. | | | |
| E5 | En ne respectant pas une périodicité de modification (maximum 5 ans) et en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF. | Prescription n°13 : Réviser le règlement de fonctionnement, et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF. | 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) |
|--|--|---|------------------------|--|
| E7 | Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. | Prescription n°14 : Réviser le livret d'accueil, en y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et CD) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. | 6 mois | |
| R3 | Le livret d'accueil n'est pas à jour. | | | |
| E18 | En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF. | Prescription n°15 : Transmettre un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé permettant à la mission de contrôle de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF. | / | 29/12/2023 |
| E17 | Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF. | Prescription n°16 : Rédiger le RAMA de l'année 2023 conformément aux dispositions (cf. page 29 du rapport de contrôle) des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF. | 6 mois | |
| R13 | La trame du projet d'accompagnement personnalisé ne prévoit pas de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident. | Recommandation n°1 : Revoir la trame du projet d'accompagnement personnalisé, en prévoyant la possibilité de fixer des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident. | / | 29/12/2023 |

| 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) |
|--|--|--|---------------------------|---|
| R15 | La proportion d'agents ayant participé à une formation sur les transmissions ciblées est faible. | Recommandation n°2 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels aux transmissions ciblées. | 3 mois | |
| R14 | Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades. | Recommandation n°3 : Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects. | 3 mois | |
| R5 | En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité complet, de l'enregistrement et du suivi des plaintes et des réclamations des résidents, et de la réalisation annuelle des enquêtes de satisfaction, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement. | Recommandation n°4 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, en enregistrant et en réalisant des bilans des plaintes et des réclamations des résidents, et en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, de leurs familles et des professionnels. | 6 mois | |
| R4 | Il n'existe pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement. | Recommandation n°5 : Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement. | 3 mois | |
| R7 | La procédure interne de « gestion des fiches d'événements indésirables en EHPAD » n'aborde pas la déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) devant être déclarés auprès de l'ARS et du conseil départemental. | Recommandation n°6 : Réviser la procédure interne de « gestion des fiches d'événements indésirables en EHPAD » en abordant les démarches de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) devant être déclarés auprès de l'ARS et du conseil départemental ¹ . | 3 mois | |
| R8 | L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves. | Recommandation n°7 : | 3 mois | |

¹ La mission de contrôle rappelle que les modalités de signalement sont précisées sur le site de l'ARS, accessible via ce lien : [Je travaille en établissement médico-social](http://je.travaille.en.etablissement.medico-social) | Agence régionale de santé Hauts-de-France (sante.fr)

| 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) |
|--|--|---|---------------------------|---|
| | | Analyser les causes des événements indésirables graves survenus en déployant la méthodologie des RETEX et transmettre les comptes rendus : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives. | | |
| R1 | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, et à la prévention de l'incontinence. | Recommandation n°8 : Formaliser les protocoles relatifs aux urgences et à la prévention de l'incontinence. | 3 mois | |
| R12 | La procédure d'admission est incomplète et manque de formalisme. | Recommandation n°9 : Réviser la procédure d'admission, en optimisant la formalisation du processus et en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. pages 29 et 30 du rapport de contrôle). | 3 mois | |
| R9 | Il n'existe pas de procédure dédiée au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés. | Recommandation n°10 : Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration d'un nouveau salarié au sein de l'EHPAD. | 3 mois | |
| R10 | Les agents de l'établissement ne bénéficient pas de fiche de poste par catégorie professionnelle. | Recommandation n°11 : Formaliser des fiches de poste pour tous les professionnels de l'EHPAD. | 3 mois | |
| R1 | Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle. | Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle des précisions sur les modalités d'intérim en l'absence du directeur. | / | 29/12/2023 |
| R6 | Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des formations et des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser. | Recommandation n°13 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence. | 3 mois | |