

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00123



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Philippe BERTONI  
Directeur  
EHPAD Frédéric Viefville  
3 rue de la place  
02270 CHEVRESIS-MONCEAU

### **LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Frédéric Viefville sis 3 rue de la place à CHEVRESIS-MONCEAU (02270) initié le 11 mars 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Frédéric Viefville sis 3 rue de la place à CHEVRESIS-MONCEAU (02270) 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 11 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 13 août 2024.

Par courrier reçu le 19 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.

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 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(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

### Mesures correctives à mettre en œuvre

#### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Frédéric Vieville à CHEVRESIS MONCEAU (02270) initié le 11 mars 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E11</b>	Au jour du contrôle, 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 de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<b>Prescription 1 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et réviser les fiches de tâches des AS et ASH.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>E13</b>	Les fiches de poste et de tâches des AS et ASH présentent des glissements de tâches ce qui représente un risque dans la prise en charge des résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E16</b>	Dans la mesure où une 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.	<b>Prescription 2 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		<b>19/09/2024</b>

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E12</b>	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.	<b>Prescription 3 :</b> Inscrire le médecin coordonnateur dans une formation complémentaire de gériatrie conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>E4</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement.	<b>4 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E7</b>	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
<b>E8</b>	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	<b>Prescription 5 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 notamment par le biais de formations et en incluant ces actions dans les documents institutionnels.	<b>6 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E9</b>	En l'absence de signalement des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>Prescription 6 :</b> 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.	<b>3 mois</b>	
<b>E10</b>	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Prescription 7 :</b> Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	<b>4 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E1</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>4 mois</b>	
<b>E2</b>	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	<b>12 mois</b>	



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>E3</b>	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.	<b>Prescription 10 :</b> Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réviser le projet d'établissement ;</li> <li>- Mettre à jour le règlement de fonctionnement ;</li> <li>- Compléter le livret d'accueil ;</li> <li>- Rédiger un projet général de soins ;</li> <li>- Réviser le contrat de séjour.</li> </ul>	<b>8 mois</b>	
<b>E5</b>	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-35 et 37 et L. 311-5-2 du CASF.			<b>19/09/2024</b>
<b>E6</b>	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			<b>19/09/2024</b>
<b>E14</b>	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
<b>E15</b>	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			19/09/2024
<b>R10</b>	L'établissement déclare avoir des difficultés en gestion de l'absentéisme sans en préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 1 :</b> Préciser et transmettre à la mission contrôle les causes des difficultés de gestion de l'absentéisme et les actions mises en place pour y remédier.		19/09/2024
<b>R2</b>	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence du directeur.	<b>Recommandation 2 :</b> Organiser et formaliser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
<b>R3</b>	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation 3 :</b> Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	3 mois	
<b>R7</b>	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	<b>Recommandation 4 :</b> Mettre en place et formaliser dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ;</li> <li>- Des enquêtes de satisfaction globale de manière annuelle auprès des résidents, des familles et des équipes ;</li> <li>- Un plan d'action relatif à l'amélioration continue de la qualité ;</li> <li>- Un bilan annuel effectif des réclamations et des plaintes des usagers ;</li> </ul>	6 mois	19/09/2024
<b>R5</b>	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale de manière annuelle auprès des résidents, des familles et des équipes.			19/09/2024
<b>R6</b>	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>R8</b>	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	- Des études régulières sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade.		
<b>R14</b>	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.			
<b>R4</b>	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée, au jour du contrôle, au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 5 :</b> Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	<b>1 mois</b>	
<b>R15</b>	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel	<b>5 mois</b>	
<b>R16</b>	L'établissement ne dispose pas de protocole relatifs aux troubles du comportement.	<b>Recommandation 7 :</b> Formaliser et transmettre à la mission de contrôle un protocole relatif aux troubles du comportement.	<b>1 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R11	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 8 :</b> Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		19/09/2024
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 9 :</b> Transmettre à la mission contrôle les feuilles d'émargement relatives à la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.	5 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
<b>R13</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 10 :</b> Réviser la procédure d'admission.	<b>1 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R17	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.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre à la mission contrôle les feuilles d'émargement relatives à l'organisation régulière de formations et de sensibilisations internes et notamment sur les protocoles.	<b>1 mois</b>	
R12	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de sensibilisations internes et de formations.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R1	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste.	<b>Recommandation 12</b> : Formaliser et transmettre à la mission contrôle une fiche de poste pour le directeur.	1 mois	