

**Le directeur général**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00322

Lille, le

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Orchidées de Croix situé au 39 rue Jean-Baptiste Lebas à CROIX (59170) 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. Ce contrôle a été initié le 7 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 1<sup>er</sup> décembre 2023.

Par courriel reçu par mes services le 5 janvier 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.

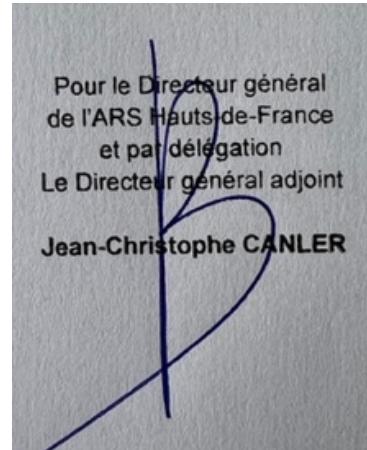
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Monsieur Arnaud Rousseaux  
Directeur général  
Groupe Orchidées  
5 rue de Barbieux  
59100 ROUBAIX

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 directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Madame Magali RIBAUX, 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 Les Orchidées à CROIX (59170) initié le 07 juillet 2023**

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>	<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)

E1	<p>La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée mentionnée sur l'arrêté d'autorisation.</p>	<p><b>Prescription n°1 :</b> Respecter l'arrêté d'autorisation.</p>	3 mois	
----	--	---	--------	--

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>	<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
---	--	-------------------------------	--

E12	<p>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.</p>			
E9	<p>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</p>	<p><b>Prescription n°2 :</b> 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 conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.</p>	<b>1 mois</b>	

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)
	le diplôme d'Etat d'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.			
E6	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le règlement de fonctionnement contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF.	<b>Prescription n°3 :</b> 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 mentionné dans l'annexe 2-3-1 du CASF.	1 mois	
E15	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le contrat de séjour contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF.			

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)
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription n°4 :</b> 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	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription n°5 :</b> Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	/	

E2	<p>En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.</p>	<p><b>Prescription n°6 :</b>            Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.</p>	6 mois	
----	--	--	--------	--

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>	<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
---	--	-------------------------------	--

E3	<p>Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.</p>	<p><b>Prescription n°7 :</b> 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 pages 11 et 12 du rapport de contrôle).</p>	<p><b>3 mois</b></p>	
----	--	--	----------------------	--

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>	<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
---	--	-------------------------------	--

E8	<p>En effectuant pas la vérification 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.</p>	<p><b>Prescription n°8 :</b>            Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation.</p>	1 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)
E16  Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.	<p><b>Prescription n°9 :</b></p> <p>Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	/		

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)
E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	<b>Prescription n°10 :</b> Transmettre le projet d'établissement et le projet de soins 2023-2027 rédigés conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	3 mois	
E13	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			

E5	<p>Le plan bleu n'a pas été révisé annuellement contrairement aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.</p>	<p><b>Prescription n°11 :</b>            Transmettre le plan bleu nouvellement révisé conformément 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 », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.</p>	3 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	<p>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.</p>	<p><b>Prescription n°12 :</b>  Préciser dans le livret d'accueil, 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>• les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ;</li> <li>• les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance.</li> </ul>	/	
----	---	--	---	--

<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b> (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E14	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.	<b>Prescription n°13 :</b> Faire cosigner le RAMA, par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement, puis le soumettre à la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	<b>6 mois</b>	

R2	<p>En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité complet, et de l'enregistrement et du suivi des plaintes et des réclamations des résidents, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.</p>	<p><b>Recommandation n°1 :</b> Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, et en effectuant l'enregistrement, le suivi, et le bilan des plaintes et des réclamations des résidents.</p>	/	
----	--	--	---	--

R9	<p>Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.</p>	<p><b>Recommandation n°2 :</b> Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.</p>	3 mois	

R6	L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	<b>Recommandation n°3 :</b> Engager l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	/	
R11	L'établissement n'organise pas des sensibilisations en interne, notamment sur les protocoles / procédure, de manière régulière.	<b>Recommandation n°4 :</b> Organiser de manière régulière des formations / sensibilisations en interne auprès des professionnels, sur des thèmes divers, dont les procédures / protocoles.	/	

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)

R8	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète.	<p><b>Recommandation n°5 :</b>            Réviser la procédure d'admission, en y intégrant davantage de précision sur les étapes du logigramme, sur les rôles de chaque catégorie professionnelle (dont AS et IDE), et sur les modalités de délivrance d'une information au résident sur la désignation de la personne de confiance.</p>	/	
R1	La procédure de « signalement de la maltraitance » est obsolète et incomplète.	<p><b>Recommandation n°6 :</b>            Réviser la procédure de « signalement de la maltraitance », en y intégrant la définition des différentes formes de maltraitance et la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance (en plus des obligations légales en matière de signalement).</p>	/	
R10	L'établissement ne dispose d'un protocole relatif aux troubles du comportement.	<p><b>Recommandation n°7 :</b>            Formaliser un protocole relatif aux troubles du comportement.</p>	/	

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)

R4	<p>Il n'existe pas de procédure dédiée au signalement et à la déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).</p>	<p><b>Recommandation n°8 :</b> Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).</p>	/	
R5	<p>L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.</p>	<p><b>Recommandation n°9 :</b> 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.</p>	/	

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)
R7	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme et un taux de turn over des équipes élevé, notamment en 2022, sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation n°10 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	

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)
R3	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations, ce qui ne permet pas de les valoriser.	<b>Recommandation n°11 :</b> Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence (cf. recommandation n°4).	/	