

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00365



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Anne-Gaëlle SAVIN  
Directrice  
EHPAD Résidence les Aulnes  
417, rue Jules Guesde  
59510 HEM

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence les Aulnes sis 417 rue Jules Guesde à Hem (59510) initié le 14 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence les Aulnes sis 417 rue Jules Guesde à Hem (59510) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 08 avril 2024.

Par courrier reçu le 17 mai 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

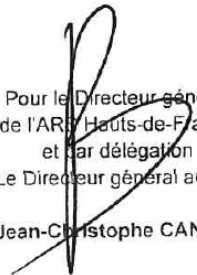
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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 jointe :

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

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence les Aulnes à HEM (59510) initié le 14 décembre 2023

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>E6</b>	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 ASH FFAS ; 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.	<b>Prescription n°1 :</b> Supprimer les 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 conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	<b>5 mois</b>	
<b>E9</b>	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), en termes 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 L. 311-3, 1° du CASF.			
<b>E13</b>	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas			

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)
	systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
<b>E10</b>	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	<b>Prescription n°2 :</b> 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° du CASF.	<b>5 mois</b>	
<b>E7</b>	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription n°3 :</b> Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	<b>2 mois</b>	
<b>E1</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription n°4 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E11</b>	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	<b>Prescription n°5 :</b> Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur concernant les modalités d'élaboration puis le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	<b>3 mois</b>	
<b>E8</b>	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription n°6 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	<b>1 mois</b>	
<b>E5</b>	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 aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription n°7 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	<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)
<b>E12</b>	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription n°8 :</b> Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. Transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	<b>3 mois</b>	
<b>R12</b>	L'établissement ne dispose pas d'un document relatif à la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.			
<b>E14</b>	L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	<b>Prescription n°9 :</b> Veiller à une réponse aux appels malades, dans des délais satisfaisants, afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>E2</b>	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D.311-16 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription n°10 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- sa composition ;</li> <li>- sa fréquence ;</li> <li>- la signature des comptes rendus par la présidente.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	
<b>E3</b>	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie 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 n°11 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires. Transmettre à la mission de contrôle le plan bleu.	<b>3 mois</b>	
<b>R1</b>	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
<b>E4</b>	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du			

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)
	22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
R8	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	<b>Recommandation n°1 :</b> S'assurer que l'IDEC dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R7	La mission de contrôle est interpellée par la quotité de travail journalière du médecin coordonnateur qui exerce à 1.2 ETP répartis sur 2 EHPAD.	<b>Recommandation n°2 :</b> Se rapprocher de l'inspection du travail pour vérifier les dispositions réglementaires en la matière et le cas échéant prendre les dispositions nécessaires pour respecter le CASF.	2 mois	
R2	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance n'a pas été élaboré en équipe pluridisciplinaire.	<b>Recommandation n°3 :</b> Impliquer les équipes dans l'élaboration des procédures / protocoles, afin de favoriser leur appropriation.		17/05/2024
R3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	<b>Recommandation n°4 :</b> Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R4	Au jour du contrôle, l'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation n°5 :</b> Réaliser <ul style="list-style-type: none"> <li>- un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ;</li> <li>- une enquête de satisfaction globale de manière régulière.</li> </ul>	3 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			
R11	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation n°6 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission.	1 mois	
R9	Le manque de précision concernant le taux de turn-over des effectifs soignants ne permet pas l'exploitation des données.	<b>Recommandation n°7 :</b> Transmettre le taux de turn-over des effectifs soignants en 2022.	1 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>R10</b>	Les fiches de tâches n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation n°8 :</b> Transmettre les fiches de tâches du personnel de jour et de nuit.	<b>1 mois</b>	
<b>R6</b>	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 n°9 :</b> Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles internes de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations/sensibilisations.	<b>4 mois</b>	
<b>R13</b>	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.			