

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00379



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Céline COURCIER
Directrice
EHPAD Résidence La fleur de l'Âge
20 bis allée des Sports
59960 NEUVILLE EN FERRAIN

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence La fleur de l'Âge, sis 20 bis allée des Sports à NEUVILLE EN FERRAIN (59960) initié le 20 août 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence La fleur de l'Âge, sis 20 bis allée des Sports à NEUVILLE EN FERRAIN (59960) 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 20 août 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 26 novembre 2024.

Par courrier reçu le 17 décembre 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, **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 La Fleur de l'Âge à NEUVILLE EN FERRAIN (59960) initié le 20/08/2024

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)
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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH « faisant fonction » d'AS ; 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 transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	Dès réception du rapport	
E11	L'insuffisance 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.			
E13	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			

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)
E8	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.	Prescription 2 : 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.	1 mois	
E10	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription 3 : 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. 312156 du CASF, et préciser la répartition des ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.	/	17/12/2024
R5	L'établissement n'a pas précisé la répartition de l'ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.			
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles, D.311-5, D.311-10 et D. 31120 du CASF.	Prescription 4 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D.311-5, D.311-10 et D. 311-20 du CASF.	3 mois	
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF, ainsi qu'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.	Prescription 5 : Mettre en conformité le livret d'accueil conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance ainsi qu'aux dispositions du décret n° 2022734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations	3 mois	
E7	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le livret d'accueil contrevient aux dispositions du décret n° 2022-734 du 28			

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)
	avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.		
E2	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale dans l'élaboration du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E3	Le plan bleu n'a pas été arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire après consultation des instances représentatives du personnel et du CVS ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF.			
E4	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.			
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 et 35 et contrevient aux			

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)
	dispositions du Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription 7 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médicosociaux.	3 mois	
R10	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	Recommandation 1 : Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer que ces derniers sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	3 mois	
R11	Il existe une incohérence entre les modalités de la collation nocturne mentionnées dans le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.	Recommandation 2 : Mettre à jour le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil afin que les modalités de distribution de la collation nocturne soient harmonisées.	3 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)
R3	L'établissement n'a pas transmis les fiches d'émargement de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que la composition est conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.3112-158 du CASF.	Recommandation 3 : Transmettre l'ensemble des fiches d'émargement de la commission de coordination gériatrique, afin de s'assurer que la composition est conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.3112-158 du CASF.	/	17/12/2024
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	2 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence ainsi qu'aux soins palliatifs.	Recommandation 5 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence ainsi qu'aux soins palliatifs.	/	17/12/2024
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 6 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations du personnel à la déclaration des événements indésirables	1 mois	
R6	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Etudier les causes du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	17/12/2024
R7	L'AS et l'ASH ne disposent pas de fiches de tâches distinctes.	Recommandation 8 : Mettre à jour la fiche de poste de l'ASHQ « jour/nuite » afin qu'elle comporte des missions qui relèvent de ses compétences et rédiger des fiches de tâches distinctes pour l'AS et l'ASH.	1 mois	
R8	Les fiches de poste de l'ASHQ jour/nuite comportent des missions qui ne relèvent pas de leurs compétences ainsi que la fiche de tâches de l'ASHQ de nuit.			

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)
R2	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée les nuits en semaine.	Recommandation 9 : Formaliser dans un document l'organisation de la permanence de la direction en l'absence de la directrice, y compris la nuit.	/	17/12/2024
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme daté.	Recommandation 10 : Transmettre un organigramme daté et mis à jour.	/	17/12/2024