

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n°2023-HDF-00323

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Edelweiss situé au 185 rue de Lille à NEUVILLE-SAINT-REMY (59554) 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 envisagées vous ont été notifiés le 23 novembre 2023.

Par courriel reçu par mes services le 12 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.

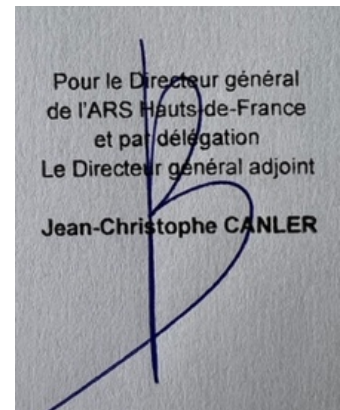
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Stéphane HARY,  
Directeur général,  
Association FLORALYS  
62 rue Saint Sulpice,  
59504 DOUAI Cedex

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 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.



Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
**Jean-Christophe CANLER**

Copie à Madame Séréna FROMENT, la 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 Edelweiss à NEUVILLE-SAINT-REMY (59554) 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)
E4	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aidesoignant, 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.	<b>Prescription n°1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, notamment en UVA, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L3113-3° du CASF.	1 mois	
E6	En l'absence de personnel suffisant en nombre et en qualification, la sécurité des résidents de l'UP n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 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)
E5	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°2 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	<b>1 mois</b>	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription n°3 :</b> Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	<b>6 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)
E2	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	<b>Prescription n°4 :</b> Organiser les CVS conformément aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (démarche engagée mais à poursuivre).	/	12/01/2024
E3	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.	<b>Prescription n°5 :</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.	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)
E8	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	<b>Prescription n°6 :</b> Rédiger et mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure relative aux modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé.	<b>Recommandation n°1 :</b> Transmettre le protocole relatif aux modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé (en cours d'élaboration au moment du contrôle).	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)
E7	En n'étant pas soumis à la commission de coordination gériatrique, le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10.	<b>Prescription n°7 :</b> Soumettre le RAMA 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.	6 mois	
R9	L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	<b>Recommandation n°2 :</b> Engager l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R11	Les agents de l'établissement ne bénéficient pas de fiche de poste/fonction par catégorie professionnelle, et les IDE ne bénéficient pas de fiches de tâches.	<b>Recommandation n°3 :</b> Formaliser des fiches de postes / de fonction pour toutes les catégories professionnelles de l'établissement, et établir des fiches de tâches pour les IDE.	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)
R7	La proportion d'agents ayant participé à une formation sur la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables est faible.	<b>Recommandation n°4 :</b> Sensibiliser, de manière régulière, tous les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	6 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, et n'effectue pas de bilans annuels.	<b>Recommandation n°5 :</b> Déployer davantage la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en enregistrant les plaintes et les réclamations des résidents, et en réalisant des bilans annuels.	6 mois	
R4	La procédure de « conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance » est obsolète et ne mentionne pas les obligations légales en matière de signalement.	<b>Recommandation n°6 :</b> Réviser la procédure de « conduite à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance », en y intégrant notamment les obligations légales en matière de signalement (en plus de la définition des différentes formes de maltraitance et de la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance).	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)
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des évènements indésirables, formalisant le processus de déclaration et de traitement des EI en interne.	<b>Recommandation n°7 :</b> Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables.	3 mois	
R8	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.	<b>Recommandation n°8 :</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.	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)
R1	Les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident sont incomplètes et elles n'ont pas été actualisées depuis 2011.	<b>Recommandation n°9 :</b> Réviser les procédures d'admission et d'intégration d'un nouveau résident en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. pages 28 et 29 du rapport de contrôle).	3 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la douleur, aux soins palliatifs et aux changes et à la prévention de l'incontinence.	<b>Recommandation n°10 :</b> Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les troubles du comportement ;</li> <li>• L'hydratation ;</li> <li>• La douleur ;</li> <li>• Les soins palliatifs ;</li> <li>• Les changes et à la prévention de l'incontinence.</li> </ul>	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)
R1	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	<b>Recommandation n°11 :</b> Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	/	12/01/2024
R1	En l'absence de transmission des taux d'absentéisme et de turn over des équipes, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les taux sont corrects, ou que les raisons et les actions mises en place pour remédier à des taux élevés sont définies.	<b>Recommandation n°12 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les taux d'absentéisme et de turn over des équipes, et identifier les éventuels leviers d'amélioration permettant la mise en œuvre d'un plan d'actions.	1 mois	
R1	Au regard du nombre de personnes ayant occupé le poste de directeur depuis 2018 (4), la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction.			

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)
R2	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation n°13 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer leurs partages et une lisibilité des ressources positionnées.	/	12/01/2024
R3	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation n°14 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	/	12/01/2024

