

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00148



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Korian L'Age Bleu sis 7 Grande rue à Roubaix (59100) 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 25 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 janvier 2025.

Par courrier reçu le 20 février 2025, 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.

Monsieur Nicolas MERIGOT
Directeur général France
Groupe KORIAN
Zone industrielle
25870 DEVECEY

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 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 Aurélie VANSTEENE, 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 Korian l'Age Bleu à Roubaix (59100) initié le 25 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)
E10	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 faisant fonction d'aide-soignant. 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	Prescription 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-31° du CASF et transmettre un échéancier à la mission de contrôle.	6 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)
	sous la responsabilité d'un IDE.			
E11	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à l'absence de médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	Dès réception du rapport	

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)
E1	La commission de coordination gériatrique n'a pas été réunie depuis 2022 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	Prescription 3 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	3 mois	
E12	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de	Prescription 4 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement	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)
	l'établissement, et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	conformément à l'article D. 312158 alinéa 10 du CASF.		
E16	Le dysfonctionnement et la vétusté du dispositif d'appel malade ainsi que l'absence de réponse réactive en cas de déclenchement du dispositif mis en place au jour du contrôle au sein de l'établissement, ne permettent pas d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en place au sein de l'établissement un dispositif d'appel malade fonctionnel puis 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. Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades de manière régulière afin de	1 mois	
R12	Dans le cadre de la démarche d'amélioration			

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)
	de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées régulièrement.	s'assurer que ces délais sont corrects.		
E14	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 3113 du CASF.	Prescription 6 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
E8	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au	Prescription 7 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, conformément à la		20/02/2025

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)
	renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance et aux recommandations de la HAS, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	règlementation.		
E9	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 8 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire en effectuant une vérification à intervalle régulier comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	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)
E7	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, 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, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS d'octobre 2024.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions des articles L.			

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)
	311-8 et D. 311-38-5 du CASF.			
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	En n'ayant pas consulté le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux 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.			

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)
E2	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.	Prescription 10 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - Révisant la composition du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ; - Réunissant au moins 3 fois par an le CVS conformément à l'article D. 311-16 du CASF ; - Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF. 	3 mois	
E15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du	Prescription 11 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		20/02/2025

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)
	soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.			
E6	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient aux 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 2-31 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrés	Prescription 12 : Se conformer à la réglementation en mettant un accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans les chambres des résidents et dans les espaces communs de l'établissement.	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)
	par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.			
R5	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 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)
R1	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction n'ont pas été transmises.	Recommandation 2 : Transmettre à la mission de contrôle les modalités d'intérim en l'absence de la direction.		20/02/2025

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 ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS d'octobre 2024.	Recommandation 3 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R4	L'établissement n'organise pas systématiquement de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 4 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire puis transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.		20/02/2025

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	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	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)
R2	En l'absence de transmission des comptes rendus, la participation de la directrice aux réunions organisées par l'organisme gestionnaire n'est pas garantie.	Recommandation 6 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées par l'organisme gestionnaire.	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)
R8	Les fiches de poste n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Etablir et transmettre les fiches de poste du personnel de jour et de nuit.	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)
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux chutes, à l'hydratation, à la douleur, à la fin de vie et aux soins palliatifs.	Recommandation 8 : Etablir, en concertation avec les équipes soignantes, les protocoles relatifs aux chutes, à l'hydratation, à la douleur, à la fin de vie et aux soins palliatifs.	3 mois	

R16	En l'absence de la transmission des dates de création et de mise à jour des protocoles, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision afin de s'assurer que ceux-ci soient réévalués périodiquement.		
-----	--	--	--	--

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)
R9	L'établissement n'a pas transmis le plan de formation pour l'année 2024.	Recommandation 9 : Transmettre le plan des formations internes et externes prévisionnels et réalisées pendant l'année 2024.		20/02/2025
R15	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 10 : Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques et mettre en place un émargement systématique lors de ces		20/02/2025

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)
		formations. Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.		
R10	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 11 : Faire signer systématiquement des feuilles d'émargement lors de sensibilisations et formations réalisées. Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement datées relatives aux : <ul style="list-style-type: none"> - Formations internes/externes prévues dans les plans de formation de 2022, 2023 et 2024 ; - Sensibilisations sur les transmissions ciblées. 	1 mois	
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			

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)
R6	Les taux d'absentéisme des effectifs soignants pour 2020, 2021, 2022 et 2023 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 12 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants (IDE, ASAES-AMP) pour les années 2020, 2021, 2022 et 2023.	6 mois	
R7	Les taux de turn over des effectifs soignants pour 2020, 2021, 2022 et 2023 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			