



RÉPUBLIQUE

FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00401
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Ahmed FEKIH
Directeur
EHPAD Résidence du Chemin Vert
2 rue du Chemin Vert
59132 TRELON

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence du Chemin Vert sis 2 rue du Chemin Vert à Trélon (59132) initié le 3 juin 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence du Chemin Vert sis 2 rue du Chemin Vert à Trélon (59132) 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 3 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 27 septembre 2024.

Par courrier reçu le 31 octobre 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 du Chemin Vert à TRELON (59132) initié le 3 juin 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	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 agents 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.	<p>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. 311-3-1° du CASF et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle. Réviser le poste occupé ou le diplôme inscrit dans le tableau récapitulatif du personnel concernant la salariée diplômée auxiliaire de puériculture.</p>	Dès réception du rapport	
R6	Le diplôme renseigné n'est pas en adéquation avec le poste occupé pour un membre du personnel.			
E11	Les modalités de surveillance de l'UVA la nuit sont insuffisamment organisées ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<p>Prescription 2 : 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.</p>	1 mois	
E7	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<p>Prescription 3 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p>	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E6	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 4 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none">- formalisant une procédure relative à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ;- mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ;- révisant le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E4	En ne précisant pas les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et en ne comportant pas la notice d'information relative à la personne de confiance, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-39 du CASF ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 5 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E5	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 6 : 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.	Dès réception du rapport	
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 7 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		31/10/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 9 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 10 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E13	L'établissement n'a pas transmis de rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 11 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E14	En facturant le marquage du linge, 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 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription 12 : Réviser le contrat de séjour au regard du décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux. Se conformer à la réglementation en ne facturant pas le marquage du linge des résidents.		31/10/2024
E15	Le contrat de séjour ne tient pas compte du décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 13 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et y intégrer ou annexer le plan bleu conformément à l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement caduc transmis contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
R12	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 1 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables puis transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.	3 mois	
R17	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes.	Recommandation 2 : Organiser des sensibilisations internes et les formaliser par des feuilles d'émargement.	6 mois	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 3 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R4	Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.	Recommandation 4 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement puis le transmettre à la mission de contrôle.		31/10/2024
R5	Le livret d'accueil n'est pas à jour.	Recommandation 5 : Mettre à jour le livret d'accueil puis le transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	
R11	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 6 : Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables.	3 mois	
R13	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 7 : Mentionner la réalisation de RETEX dans la procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et l'appliquer.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
R19	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration des projets personnalisés formalisée.	Recommandation 8 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés.	3 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuelle auprès des résidents.	Recommandation 9 : Réaliser, en plus de l'enquête de satisfaction effectuée auprès des familles, une enquête de satisfaction globale annuelle auprès des résidents.	3 mois	
R8	La participation des familles à l'enquête de satisfaction annuelle est faible.	Inciter les résidents et leurs familles à compléter l'enquête.		
R9	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations.	Recommandation 10 : Réaliser un bilan annuel des plaintes et réclamations.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'un plan global d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 11 : Etablir un plan global d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'EHPAD.	Recommandation 12 : Etablir un livret d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'EHPAD.	3 mois	
R16	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des effectifs soignants élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 13 : Etudier les causes de l'absentéisme des effectifs soignants, identifier les leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R18	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 14 : Compléter la procédure d'admission.		31/10/2024
R20	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences et à la nutrition.	Recommandation 15 : Etablir les protocoles relatifs aux urgences et à la nutrition et les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R21	Les protocoles ne sont pas systématiquement élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 16 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.	3 mois	
R1	Le planning des astreintes de direction n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 17 : Transmettre le planning des astreintes de direction pour l'année 2024 à la mission de contrôle.		31/10/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R15	L'établissement n'a pas transmis de fiche de poste concernant l'IDEC.	Recommandation 18 : Transmettre la fiche de poste de l'IDEC.		31/10/2024
R2	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunions avec le conseil d'administration.	Recommandation 19 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions avec le conseil d'administration.		31/10/2024