

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00402



Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Monsieur Denis RODOT
Directeur Général
SIVU Comité des âges du Pays
Trithois
Rue Pierre Brossolette
BP 70355 Aulnoy lez Valenciennes
59034 VALENCIENNES CEDEX

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Godenettes sis 1 rue Louis Lemoine à TRITH SAINT LEGER (59125) initié le 24 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Godenettes sis 1 rue Louis Lemoine à TRITH SAINT LEGER (59125) 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 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 6 décembre 2025.

Par courrier reçu le 6 janvier 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. 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.



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 Godenettes à TRITH-SAINT-LEGER (59125) initié le 24 juillet 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)
E9	Au jour du contrôle, 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 agents de soins ; 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: Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux 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 et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>	Dès réception du rapport	

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)
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 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0.6 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : 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	

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)
E13	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 4 : 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.	2 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	

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)
E4	En n'étant pas révisé annuellement, le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 6 : Réviser annuellement le plan bleu et l'annexer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et à l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E5	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E2	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 7 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : - Réunir le CVS 3 fois par an ; - Réviser le projet d'établissement ; - Mettre à jour le règlement de fonctionnement ; - Réviser le livret d'accueil ; - Revoir le contrat de séjour.	6 mois	
E3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF, le projet d'établissement contrevient à la réglementation en vigueur.			

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)
E6	En l'absence de mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33, R. 311-7 et L. 311-5-2 du CASF.			
E7	Les coordonnées du Conseil Départemental et de l'ARS ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			

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)
E11	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 8 : Faire signer conjointement le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique.	3 mois	
R7	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 1 : Réviser la procédure de gestion interne des événements indésirables.	1 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure de signalement des événements indésirables.	Recommandation 2 : Formaliser une procédure de signalement des événements indésirables.	1 mois	

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)
R9	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 3 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R15	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	Recommandation 4 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	2 mois	
R16	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	Recommandation 5 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel	5 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)
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la fin de vie, à la gestion des urgences, à l'hydratation et à la nutrition.	Recommandation 6 : Formaliser des protocoles relatifs à la fin de vie, à la gestion des urgences, à l'hydratation et à la nutrition.	3 mois	
R10	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		06/01/2025
R11	L'établissement a précisé un taux de turnover global des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 8 : Étudier les causes de turnover des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		06/01/2025
R12	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste et de fiche de tâches distinctes.	Recommandation 9 : Formaliser des fiches de tâches et des fiches de poste distinctes pour l'ensemble du personnel.	4 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas, au jour du contrôle, de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 10 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	4 mois	

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)
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 11: Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	4 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 12: Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	4 mois	
R3	Les temps d'échange en CODIR ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.	Recommandation 13 : Mettre en place et formaliser des comptes rendus de CODIR.	2 mois	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 14: Formaliser les modalités d'organisation des astreintes (ex : procédure).	2 mois	
R2	La participation de la directrice aux réunions de l'organisme gestionnaire n'est pas garantie.	Recommandation 15: Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions avec l'organisme gestionnaire auxquelles la directrice a participé.		06/01/2025

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)
R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 16: Compléter et transmettre la procédure d'admission.		06/01/2025
R13	Les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations n'ont pas toutes été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	Recommandation 17: Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations et sensibilisations.		06/01/2025