

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00331



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Laëtitia MILLEVILLE  
Directrice  
EHPAD Villa Senecta  
Rue des Remparts  
59570 BAVAY

### **LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Villa Senecta sis rue des Remparts à Bavay (59570) initié le 16 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Villa Senecta sis rue des Remparts à Bavay (59570) 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 16 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 25 septembre 2024.

Par courrier reçu le 24 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](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 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 Villa Senecta à BAVAY (59570) initié le 16 avril 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)
<b>E1</b>	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon la décision conjointe de renouvellement d'autorisation en date du 31 décembre 2015.	<b>Prescription 1 :</b> Respecter l'arrêté d'autorisation.	<b>3 mois</b>	
<b>E11</b>	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.	<b>Prescription 2 :</b> 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 révisées à la mission de contrôle.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>E14</b>	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.	<b>Prescription 3 :</b> 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.	<b>1 mois</b>	

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)
E10	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, notamment concernant les erreurs médicamenteuses survenues en 2023, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>Prescription 4 :</b> Signaler les événements indésirables, notamment les erreurs médicamenteuses survenues en 2023, 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.	Dès réception du rapport	
E8	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.	<b>Prescription 5 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- formant régulièrement le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ;</li> <li>- abordant la thématique dans les documents institutionnels ;</li> <li>- révisant les procédures relatives à la bientraitance et à la maltraitance ;</li> <li>- révisant le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.</li> </ul>	9 mois	
E7	En l'absence de précisions concernant les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

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	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.	<b>Prescription 6 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E18	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> 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.	6 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)
E5	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.	<b>Prescription 8 :</b> Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement.	9 mois	
E12	En l'absence de précisions concernant le temps de travail du médecin coordonnateur dans son contrat de travail, la conformité du temps de travail tel que le dispose à l'article D. 312-156 du CASF n'est pas garantie.	<b>Prescription 9 :</b> S'assurer que le médecin coordonnateur intervient à hauteur de 0,6 ETP au sein de l'établissement conformément à l'article D. 312-156 du CASF. Le mentionner dans son contrat de travail et le transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	
E13	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas active au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Réunir 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)
E15	En ne disposant pas d'un projet de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 12 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. L'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E16	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. 312-155-3 du CASF.	<b>Prescription 13 :</b> 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	
E4	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.	<b>Prescription 14 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E17	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 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)
<b>E3</b>	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 15 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.</li> <li>- révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF.</li> <li>- faisant signer systématiquement les comptes rendus de réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF.</li> <li>- révisant le règlement intérieur du CVS.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	
<b>R2</b>	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			
<b>E19</b>	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Prescription 16 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		<b>24/10/2024</b>



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)
<b>R6</b>	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	<b>Recommandation 1 :</b> Former le personnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la déclaration des événements indésirables,</li> <li>- aux transmissions ciblées,</li> <li>- aux protocoles.</li> </ul> Formaliser ces formations par des feuilles d'émargement et les transmettre à la mission de contrôle.	<b>6 mois</b>	
<b>R13</b>	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel n'est pas garantie.			
<b>R18</b>	En l'absence de transmissions de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.			
<b>R20</b>	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.			
<b>R16</b>	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées régulièrement.	<b>Recommandation 2 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais soient corrects.	<b>1 mois</b>	

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)
<b>R5</b>	L'établissement dispose d'une procédure de gestion interne des événements indésirables n'ayant pas été actualisée depuis 2014.	<b>Recommandation 3 :</b> Réviser la procédure de gestion interne des événements indésirables.	<b>4 mois</b>	
<b>R7</b>	L'établissement dispose d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves n'ayant pas été actualisée depuis 2014.	<b>Recommandation 4 :</b> Réviser la procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et préciser les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.	<b>4 mois</b>	
<b>R8</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure précisant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.			
<b>R15</b>	L'établissement dispose d'une procédure relative au projet individualisé n'ayant pas été révisée depuis 2017.	<b>Recommandation 4 :</b> Réviser la procédure relative au projet individualisé.	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R4</b>	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation 5 :</b> Réaliser un bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	<b>3 mois</b>	
<b>R14</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 6 :</b> Compléter la procédure d'admission.	<b>1 mois</b>	
<b>R9</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	<b>Recommandation 7 :</b> Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<b>3 mois</b>	
<b>R19</b>	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et au circuit du médicament.	<b>Recommandation 8 :</b> Etablir les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et au circuit du médicament.	<b>4 mois</b>	
<b>R21</b>	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<b>Recommandation 9 :</b> Evaluer les protocoles de manière périodique.	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R3</b>	Les informations renseignées dans le livret d'accueil concernant les coordonnées de l'ARS Hauts-de-France, du numéro d'écoute maltraitance et l'organigramme ne sont pas à jour.	<b>Recommandation 10 :</b> Actualiser les informations renseignées dans le livret d'accueil.	<b>1 mois</b>	
<b>R17</b>	Les modalités d'organisation concernant les transmissions orales n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre les modalités d'organisation relatives aux transmissions orales à la mission de contrôle.		<b>21/10/2024</b>
<b>R12</b>	L'établissement n'a pas transmis de plan de formations pour l'année 2023.	<b>Recommandation 12 :</b> Transmettre le plan de formations de l'année 2023.	<b>1 mois</b>	
<b>R1</b>	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunions avec le conseil d'administration.	<b>Recommandation 13 :</b> Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions avec le conseil d'administration.	<b>1 mois</b>	

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)
<b>R11</b>	Les fiches de tâches n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 14 :</b> Transmettre les fiches de tâches à la mission de contrôle.	<b>3 mois</b>	
<b>R10</b>	Le taux de turn over n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 15 :</b> Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants pour les années 2021, 2022 et 2023.	<b>1 mois</b>	