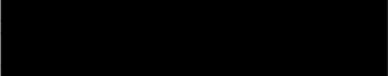




Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00434  


**LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Soleil d'Automne sis 2 rue Barbusse à SAINT-LAURENT-BLANGY (62223) 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 22 novembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 mars 2024.

Par courrier reçu par mes services le 2 mai 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 Nicolas DESFACHELLE  
Président du CCAS  
Mairie de SAINT-LAURENT-BLANGY  
Rue Laurent Gers  
62223 SAINT-LAURENT-BLANGY

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 effectives 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'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Monsieur Didier LEDHE, directeur 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 Soleil d'Automne à SAINT-LAURENT-BLANGY (62223) initié le 22 novembre 2023

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	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 auxiliaires de vie ; 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><b>Prescription 1:</b> Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants de jour et de nuit, en termes de qualification, y compris en UVA, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents ainsi que le respect des rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.</p>	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)
E11	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit, y compris en UVA), en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E18	Au regard de la charge de travail du personnel, en l'absence de précisions concernant le recueil des habitudes et attentes de la personne lors de son entrée et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

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)
E12	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Positionner suffisamment de personnel qualifié le jour et la nuit en UVA afin d'assurer la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article D. 311-2-1° du CASF.	1 mois	
E13	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.			
E8	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.	<b>Prescription 3 :</b> 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.	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)
E7	Au regard de l'absence de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles pour l'ensemble des professionnels et du manque de régularité des formations, 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.	<p><b>Prescription 4 :</b>            Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en :</p> <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>- mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques pour l'ensemble des professionnels,</li> <li>- renouvelant régulièrement les extraits de casiers judiciaires conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.</li> </ul> <p>Transmettre les attestations de formation du personnel à la bientraitance ainsi que le tableau comprenant les dates de vérification des extraits de casiers judiciaires actualisées.</p>	3 mois	
E6	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.			

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)
E4	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 et intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 et l'intégrer ou l'annexer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E9	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 6 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		02/05/2024
E17	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé 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 L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée. Les rendre accessibles et les mettre en œuvre.	6 mois	
R9	Les projets personnalisés ne sont pas accessibles à tous ni mis en œuvre.			

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.	<b>Prescription 8 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E14	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.	<b>Prescription 9 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	<b>6 mois</b>	
E15	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 le directeur de l'établissement.	<b>Prescription 10 :</b> Transmettre un RAMA signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.		<b>02/05/2024</b>
E5	Les coordonnées du Conseil Départemental, les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que la remise d'une notice d'information sur la personne de confiance ne	<b>Prescription 11 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>6 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)
	sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E16	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<p><b>Prescription 12 :</b>            Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :</p> <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 procès-verbaux de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF,</li> <li>- révisant le règlement intérieur du CVS.</li> </ul>	3 mois	
R3	Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour.			

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)
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R10	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement de formations du personnel relatives à la déclaration des événements indésirables, aux transmissions ciblées et aux protocoles.	2 mois	
R12	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de formations internes et externes aux protocoles n'est pas garantie.			
R1	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence du directeur.	<b>Recommandation 2 :</b> Organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
R5	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 3 :</b> Réaliser des RETEX en équipe pluridisciplinaire suite à la survenue d'événements indésirables graves.	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)
R8	Les procédures de préadmission et d'admission sont incomplètes.	<b>Recommandation 4 :</b> Compléter les procédures de préadmission et d'admission.	1 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et à la fin de vie.	<b>Recommandation 5 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement et à la fin de vie.	3 mois	
R6	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 6 :</b> Etudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R2	L'établissement n'a pas transmis de planning incluant les intérimaires de direction.	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre le planning comprenant les intérimaires de direction.		02/05/2024

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)
R7	Le taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants.		02/05/2024