

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00143



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Saint Benoit sis 12 rue de l'Eglise à Amettes (62260) 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 21 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 juin 2024.

Par courrier reçu par mes services le 1<sup>er</sup> juillet 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 Noël DEFFONTAINES  
Président du Conseil d'Administration  
Association Temps de Vie  
Parc du Canon d'Or  
Bat. C – 1<sup>er</sup> Etage  
5, rue Philippe Noiret  
59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.

**Le Directeur général**



**Hugo GILARDI**

Copie à Monsieur Yves PEYRON, 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 Résidence Saint Benoit à AMETTES (62260) initié le 21 mars 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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH faisant fonction d'AS ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	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)
<b>E13</b>	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé réévalué périodiquement, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
<b>E7</b>	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 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)
E12	Chaque résident ne dispose pas d'un projet 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.	<b>Prescription 3 :</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.	3 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 4 :</b> Réviser la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		01/07/2024

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 commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		<b>01/07/2024</b>
<b>E10</b>	Le projet de soins ne présente pas l'ensemble de la prise en charge médicale, dont les soins palliatifs, contrairement à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 6 :</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>	

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)
E11	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 direction de l'établissement.	<b>Prescription 7 :</b> Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10, du CASF puis le transmettre à la mission de contrôle.		01/07/2024
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Intégrer au annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions des articles L. 311-8 et D.311-38-3 à D. 311-38-5 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 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)
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.			
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF. - faisant systématiquement signer les comptes rendus de réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - révisant le règlement intérieur du CVS selon la réglementation en vigueur et en le soumettant au CVS lors de sa 1 <sup>ère</sup> réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF.	<b>3 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)
R7	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	<b>Recommandation 1 :</b> Procéder au recrutement d'une IDEC.	1 mois	
R11	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.	<b>Recommandation 2 :</b> Etudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R5	La procédure de déclaration externe des événements indésirables graves ne précise pas les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.	<b>Recommandation 3 :</b> Réviser la procédure de déclaration des événements indésirables graves en présentant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.		01/07/2024

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>R4</b>	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations.	<b>Recommandation 4 :</b> Réaliser le bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.		<b>01/07/2024</b>
<b>R9</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 5 :</b> Compléter la procédure d'admission		<b>01/07/2024</b>
<b>R10</b>	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'élaboration des projets personnalisés formalisée.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir une procédure d'élaboration des projets personnalisés.	<b>6 mois</b>	
<b>R8</b>	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 7 :</b> Etudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	<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)
<b>R3</b>	Les coordonnées de l'ARS des Hauts-de-France ne sont pas mises à jour.	<b>Recommandation 8 :</b> Actualiser les coordonnées de l'ARS des Hauts-de-France figurant dans le livret d'accueil.		<b>01/07/2024</b>
<b>R12</b>	Les protocoles ne sont pas systématiquement évalués périodiquement.	<b>Recommandation 9 :</b> Evaluer l'ensemble des protocoles périodiquement.	<b>3 mois</b>	
<b>R1</b>	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme daté et nominatif.	<b>Recommandation 10 :</b> Etablir un organigramme nominatif et le dater.		<b>01/07/2024</b>
<b>R2</b>	Aucun compte-rendu des réunions institutionnelles (CODIR) n'a été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre les 3 derniers comptes rendus de CODIR à la mission de contrôle	<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>R6</b>	Le livret d'accueil du nouveau collaborateur n'a pas été transmis.	<b>Recommandation 12 :</b> Transmettre le livret d'accueil du nouveau collaborateur.		<b>01/07/2024</b>