

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00274
[REDACTED]

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Le Clos des Deux Rivières sis 52 Place de Catorive à BETHUNE (62400) 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 envisagées vous ont été notifiés le 4 mars 2025.

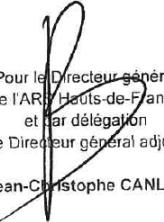
En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

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

Monsieur Eric DELABRE
Président
Association Vie Belle
52 Place de Catorive
62400 BETHUNE

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



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Copie à Madame Sophie GRENU, directrice 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 Le Clos des Deux Rivières à BETHUNE (62400) initié le 16 avril 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) |
|---|---|---|--------------------------|---|
| 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 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 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ; 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^o du CASF.</p> <p>Réviser les fiches de tâches des AS et auxiliaires de vie de nuit puis les transmettre à la mission de contrôle.</p> | Dès réception du rapport | |
| E12 | L'insuffisance des effectifs présents le jour, en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3- | | | |

| 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) |
|---|---|---|--------------------------|---|
| | 1° du CASF. | | | |
| E9 | 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. | Prescription 2 : 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. | Dès réception du rapport | |
| E8 | En l'absence de vérification systématique à l'embauche puis de manière régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 des personnes vulnérables. | Prescription 3 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF. | 1 mois | |
| E18 | L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou 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. | 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. | 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) |
|---|---|--|---------------------------------|---|
| E19 | L'absence de réponse réactive en cas du déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et des recommandations de la HAS. | <p>Prescription 5 : 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.</p> | Dès réception du rapport | |
| E11 | En ayant établi une délégation de missions de direction envers le médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. | <p>Prescription 6 : Réviser la délégation de pouvoirs de manière à ce que le médecin coordonnateur n'assure pas de missions de direction conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.</p> | Dès réception du rapport | |
| E1 | La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF. | <p>Prescription 7 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.</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) |
|---|---|--|------------------------|---|
| E15 | 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. | <p>Prescription 8 : 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.</p> | 3 mois | |
| E14 | En l'absence de date d'élaboration ou de révision, la mission de contrôle ne peut garantir que l'établissement dispose d'un projet de soins en vigueur tel que le dispose l'article D. 312-158 du CASF. | <p>Prescription 9 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.</p> | 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) |
|---|--|--|--|---|
| E6 | <p>En n'assurant pas le marquage du linge des résidents, 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.</p> | <p>Prescription 10 : Se conformer à la réglementation en ne facturant pas le marquage du linge et la mise à disposition de serviettes de toilette comme le dispose le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux et notamment l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> | <p>Dès réception du rapport</p> | |

| 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) |
|--|---------------------------------------|------------------------|---|
| E17 En facturant la mise à disposition de serviettes de toilette, 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. | | | |

| 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) |
|---|---|--|------------------------|---|
| E3 | L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. | | | |
| E4 | Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF. | <p>Prescription 11 :</p> <p>Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p> | 6 mois | |
| E5 | En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel et le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 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) |
|--|---|---------------------------------------|------------------------|---|
| E7 | Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. | | | |
| E16 | En ne mentionnant pas les objectifs de prise en charge ainsi que la signature d'un avenant dans un délai maximal de 6 mois, précisant les objectifs et prestations adaptées à la personne accueillie dans le contrat de séjour, l'établissement contrevient 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) |
|--|--|--|------------------------|---|
| E2 | Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF. | <p>Prescription 12 :</p> <p>Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - révisant la composition du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF. - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. - faisant systématiquement signer les comptes rendus de réunions du CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - mettant à jour le règlement intérieur du CVS et en le faisant valider lors de la 1^{ère} réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-19 du CASF. | 6 mois | |
| R2 | Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour. | | | |

| 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) |
|---|--|--|------------------------|---|
| E13 | L'établissement n'organise pas de formation aux gestes et soins d'urgence contrairement aux dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence. | | | |
| R10 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie. | <p>Prescription 13 :</p> <p>Former le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux gestes et soins d'urgence conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2014, - à la déclaration des événements indésirables, - aux protocoles, - aux spécificités du public accueilli. <p>Formaliser ces formations par des feuilles d'émargement et les transmettre à la mission de contrôle.</p> | 6 mois | |
| R13 | L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli. | | | |
| R18 | En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie. | | | |

| 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| R16 | Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées. | Recommandation 1 : Former le personnel aux transmissions ciblées puis les mettre en œuvre. | 3 mois | |
| R4 | Les informations renseignées dans le règlement de fonctionnement concernant le signalement de faits de maltraitance ne sont pas correctes. | Recommandation 2 : Réviser les informations renseignées dans le règlement de fonctionnement concernant le signalement de faits de maltraitance. | 1 mois | |
| R3 | Les informations relatives à l'ARS des Hauts-de-France renseignées dans le plan bleu ne sont pas à jour. | Recommandation 3 : Mettre à jour les informations relatives à l'ARS dans le plan bleu. | 1 mois | |
| R1 | La participation de la directrice aux réunions de l'organisme gestionnaire n'est pas garantie. | Recommandation 4 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions avec l'organisme gestionnaire auxquelles la directrice a participé. | 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| R5 | Les postes occupés par 13 « AES » ne correspondent pas aux diplômes obtenus. | Recommandation 5 : Réviser les postes occupés ou les diplômes inscrits dans le tableau récapitulatif et nominatif du personnel pour les 13 « AES ». | 1 mois | |
| R11 | L'établissement ne dispose pas d'une procédure précisant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins. | Recommandation 6 : Réviser la procédure de gestion des événements indésirables en précisant les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins. | 1 mois | |
| R6 | L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles. | Recommandation 7 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles. | 3 mois | |
| R7 | La réalisation d'un bilan annuel des plaintes et réclamations des résidents n'est pas garantie. | Recommandation 8 : Transmettre le bilan annuel des plaintes et réclamations. | 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| R8 | L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement. | Recommandation 9 : Réaliser une enquête de satisfaction globale annuellement. | 3 mois | |
| R9 | L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. | Recommandation 10 : Etablir un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité. | 3 mois | |
| R14 | La procédure d'admission est incomplète. | Recommandation 11 : Compléter la procédure d'admission. | 1 mois | |
| R15 | Les modalités d'organisation relatives aux transmissions orales ne sont pas suffisamment présentées. | Recommandation 12 : Transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales (créneaux horaires et personnel participant). | 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| R17 | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie. | Recommandation 13 : Etablir les protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie. | 3 mois | |
| R19 | Les protocoles ne sont pas évalués et révisés périodiquement. | Recommandation 14 : Réviser et évaluer les protocoles périodiquement. Transmettre la liste des protocoles et procédures faisant figurer la date de la dernière mise à jour. | 6 mois | |
| R12 | L'établissement n'a pas transmis de fiches de postes pour les postes d'AS, AES, IDE, ASH et animatrice ainsi que les fiches de tâches pour les postes d'AS de jour, AES, IDE et ASH. | Recommandation 15 : Transmettre les fiches de postes des AS, AES, IDE, ASH et animatrice ainsi que les fiches de tâches pour les postes d'AS de jour, AES, IDE et ASH. | 1 mois | |