

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00419



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Chrystel DELALEE  
Directrice  
EHPAD Les Orchidées  
Rue Baggio  
62220 CARVIN

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

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Orchidées sis rue Baggio à CARVIN (62220) initié le 22 novembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Orchidées sis rue Baggio à CARVIN (62220) 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 correctives envisagées vous ont été notifiés le 21 mars 2024.

Par courrier reçu le 18 avril 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 Les Orchidées à CARVIN (62220) 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)
E7	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 ASHQ 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, y compris en UVA, 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	
E8	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.			

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)
E9	En l'absence de personnel suffisamment qualifié (une seule AS), 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. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E10	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.			

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	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 3 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		<b>18/04/2024</b>
E12	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 4 :</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 puis réévaluer ces projets une fois par an.	<b>3 mois</b>	
R7	Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas évalués périodiquement.			
E3	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 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 conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	<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)
E5	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans les livrets d'accueil transmis ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<b>Prescription 6 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>3 mois</b>	
E2	En n'ayant pas consulté le Conseil de Vie Sociale ou une autre forme de participation, le projet de service de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 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)
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.		<b>18/04/2024</b>
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en transmettant : - les procès-verbaux de réunions signés par le/la président(e) du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - le règlement intérieur du CVS approuvé lors de la 1ère réunion du CVS en place 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)
E13	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 9 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		<b>18/04/2024</b>
R5	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre l'attestation de réussite de l'IDEC au DU « Coordination de parcours de vie et de soins ».	<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)
R2	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement relatives à la déclaration des événements indésirables, la formation du personnel n'est pas garantie.	<b>Recommandation 2 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement des formations relatives à la déclaration des événements indésirables.		<b>18/04/2024</b>
R8	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 3 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	<b>1 mois</b>	
R3	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	<b>Recommandation 4 :</b> Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	<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)
R4	L'établissement ne dispose pas de livret d'accueil générique à destination du nouveau personnel arrivant.	<b>Recommandation 5 :</b> Etablir un livret d'accueil générique à destination du nouveau personnel arrivant.	3 mois	
R1	Le livret d'accueil dédié à la filière Gériatrie et Autonomie n'est pas à jour.	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre à jour les informations renseignées dans le livret d'accueil dédié à la filière Gériatrie et Autonomie.	1 mois	
R6	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 7 :</b> Compléter la procédure d'admission.		18/04/2024
R9	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>Recommandation 8 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	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)
R10	Les protocoles ne sont pas systématiquement évalués périodiquement.	<b>Recommandation 9 :</b> Evaluer les protocoles de manière périodique.	<b>6 mois</b>	