



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00138  


**LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Saint Antoine sis 42, rue Guy de Segonzac à Conty (80160) 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 19 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 23 août 2024, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées.

En conséquence, vous trouverez ci-joint le rapport de contrôle modifié ainsi que 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.

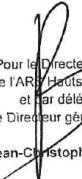
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr), 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.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport de contrôle modifié au directeur de l'établissement concerné.

Monsieur Geoffroy CHEVALIER  
Directeur général de la FASSIC  
42 rue Guy de Segonzac  
80160 CONTY

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 général, 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 la directrice de l'établissement, Madame Dorothée PELLETIER

Pièce(s) jointe(s) :

- le rapport de contrôle modifié ;
- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Contrôle sur pièces de l'EHPAD Saint Antoine à CONTY (80160) initié le 19 mars 2024**

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |   | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre          | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|---------------------------------|--|
| <b>E20</b><br><i>(Ajout)</i>  | <i>La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 16 février 2017.</i>  | <b>Prescription 13 :</b> Respecter l'arrêté d'autorisation.  | <b>3 mois</b>                   |  |
| <b>E9</b>   | Au jour du contrôle, 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 de soins ; 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 1 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. | <b>Dès réception du rapport</b> |  |
| <b>E13</b>  | L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et 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 <sup>o</sup> du CASF.   |  |                                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre   | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|--------------------------|--|
| E18   | Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.   |   |                          |  |
| E7  | En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification 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 de personnes vulnérables. | <b>Prescription 2:</b> Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation. |                          | 23/08/2024   |
| E10   | Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,80 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.   | <b>Prescription 3:</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.   | Dès réception du rapport |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| E11   | Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | <b>Prescription 4 :</b> S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF. |                        | 23/08/2024   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| E12   | Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF. | <b>Prescription 5 :</b> Engager le médecin coordonnateur dans une formation diplômante spécialisée en gériatrie conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF. | 3 mois                 |  |
| E17   | Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, les projets personnalisés ne sont pas actualisés à minima une fois par an et ne sont pas élaborés dans un délai de 6 mois suivant l'admission du résident.   | <b>Prescription 6 :</b> Réaliser une évaluation périodique des projets personnalisés des résidents, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.                 | 3 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |   | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------|--|
| E5  | 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.  |  |                        |  |
| E6  | Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, les formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance sont insuffisamment dispensées au sein de l'établissement. | <b>Prescription 7 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 (formation, sensibilisation, etc). | 6 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| E8  | En l'absence de signalement de l'ensemble des évènements indésirables survenus 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 8 :</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. |                        | 23/08/2023   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| E19   | L'absence de réponse réactive en cas de 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 aux recommandations de la HAS. | <b>Prescription 9:</b> 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. | 3 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|--|
| E1  | 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.   |   |                        |  |
| E2  | En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-35 et 37 et L. 311-5-2 du CASF. | <p><b>Prescription 10 :</b> Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser un projet d'établissement et un projet général de soins associé ;</li> <li>- Réviser le règlement de fonctionnement ;</li> <li>- Mettre en conformité le livret d'accueil ;</li> <li>- Réviser le contrat de séjour.</li> </ul> | 6 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R) | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|--|
| E4  | Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. |   |                        |  |
| E14   | Le projet général de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.  |   |                        |  |
| E16   | Le contrat de séjour n'est pas conforme aux disposition de l'article L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.   |   |                        |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|--|
| E3  | <p>En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, 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><b>Prescription 11 :</b> Se conformer à la réglementation en mettant à disposition une connexion internet dans les chambres des résidents conformément 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> |                        | 23/08/2024   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| E15   | Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas conjointement signé par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement contrairement à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF. | <b>Prescription 12 :</b> Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer conjointement par le médecin coordonnateur et la direction conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF. | 3 mois                 |  |
| R8  | L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.   | <b>Recommandation 1 :</b> Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.  | 5 mois                 |  |
| R12   | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.  | <b>Recommandation 2 :</b> Formaliser des protocoles relatifs aux urgences, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.   | 2 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |   | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------|--|
| R4  | La procédure de « signalement aux autorités administratives et au procureur de la république » manque de précision, notamment sur les coordonnées de la plateforme de signalement des EIG et EIGS mentionnée sur le site de l'ARS ainsi que les modalités de suivi et de traitement des EIG / EIGS. | <b>Recommandation 3 :</b> Réviser la procédure de « signalement aux autorités administratives et au procureur de la république » en y apportant des précisions sur les coordonnées de la plateforme de signalement des EIG et EIGS mentionnée sur le site de l'ARS ainsi que les modalités de suivi et de traitement des EIG / EIGS. |                        | 23/08/2024   |
| R5  | Les RETEX ne sont pas formalisés.   | <b>Recommandation 4 :</b> Rédiger les comptes rendus des RETEX.  | 3 mois                 |  |
| R2  | L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.  | <b>Recommandation 5 :</b> Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.   | 4 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |   | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| R3  | L'établissement ne dispose pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes. | <b>Recommandation 6:</b> Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers. | 4 mois                 |  |
| R1  | Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas formalisées.            | <b>Recommandation 7:</b> Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.         | 3 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| R6  | L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | <b>Recommandation 8:</b> Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. |                        | 23/08/2024   |
| R10   | La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, le suivi et l'actualisation.         | <b>Recommandation 9:</b> Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.   | 1 mois                 |  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| R13   | En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la sensibilisation du personnel aux protocoles n'est pas garantie. | <b>Recommandation 10 :</b> Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives la sensibilisation du personnel aux protocoles.                  | <b>4 mois</b>          |  |
| R9  | La procédure d'admission est incomplète.   | <b>Recommandation 11 :</b> Réviser la procédure d'admission.   | <b>1 mois</b>          |  |
| R11   | L'établissement n'a pas précisé à la mission de contrôle les modalités d'organisation des transmissions orales.                          | <b>Recommandation 12 :</b> Préciser et transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales (qui y participe, fréquence, horaires, etc.). | <b>1 mois</b>          |  |
| R7  | Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches.   | <b>Recommandation 13 :</b> Formaliser des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel.   | <b>3 mois</b>          |  |