

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00312



LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RÉCEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence des Pays de Somme sis rue Clodomir Ducroq à WOINCOURT (80520) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 novembre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 13 décembre 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 Sébastien LEVAVASSEUR
Directeur général
UGECAM Hauts-de-France
2 rue d'Iéna CS70004
59043 LILLE CEDEX

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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur 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 Madame Florence BOURA, 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 Résidence des Pays de Somme à WOINCOURT (80520) initié le 10 juin 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)
E9	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'aidesoignant 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.	Prescription 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant et qualifié afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF et transmettre un échéancier. Transmettre les fiches de tâches révisées à la mission de contrôle. Réviser les postes occupés ou les diplômes inscrits dans le tableau récapitulatif du personnel.	Dès réception du rapport	

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	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, y compris en UVA, en termes de nombre et 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. 311-3-1° du CASF.			
R3	Les diplômes de 3 professionnels soignants ne sont pas en adéquation avec le poste occupé.			
E11	La surveillance de l'UVA la nuit n'est pas systématiquement assurée par du personnel qualifié ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 2 : Positionner systématiquement un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents 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)
E17	En l'absence de dispositifs d'appel malades en UVA, la sécurité des résidents présentant des troubles cognitifs pris en charge en UVA n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : Mettre en place un dispositif d'appel malade adapté aux résidents de l'UVA afin d'assurer leur sécurité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	3 mois	
E7	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E8	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux	Prescription 5 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : - révisant le livret d'accueil	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)
	dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007, - présentant les actions menées par l'établissement dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement, - actualisant le livret de la bientraitance, - mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.		
E6	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.			
E15	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 6 : 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)
E4	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 7 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer ou l'annexer au projet d'établissement.	6 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur et élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	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)
E13	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.	Prescription 9 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF puis le transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 10 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	3 mois	
E3	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.	Prescription 11 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 3118 du CASF.	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)
E5	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 12 : Transmettre le règlement de fonctionnement précisant la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS conformément aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	1 mois	
E14	En ne mettant pas à disposition des résidents une connexion internet et en ne mentionnant pas le marquage du linge personnel des résidents dans le contrat de séjour, 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	Prescription 13 : Se conformer à la réglementation en mettant à disposition des résidents une connexion internet et en marquant le linge des résidents 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.	Dès réception du rapport	

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)
	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.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 14 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF. - faisant systématiquement signer les comptes-rendus de réunions du CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - révisant les informations renseignées dans le règlement intérieur du CVS. 	3 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)
E16	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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.	Prescription 15 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		13/12/2024
R1	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation 1 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	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)
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<div>le</div> <div>des</div> <div>feuilles</div> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Former régulièrement personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la déclaration événements indésirables, - aux gestes et soins d'urgence, - aux transmissions ciblées, - aux protocoles, puis transmettre les d'émargement à la mission de contrôle. 	3 mois	
R11	Les feuilles d'émargement relatives aux formations aux gestes et soins d'urgence n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.			
R15	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			

R17	En l'absence de transmission 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)
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 3 : Organiser des RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	3 mois	
R14	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.	Recommandation 4 : Réaliser régulièrement une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	

R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	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)
R6	L'établissement ne dispose pas d'un plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 7 : Etablir un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R13	La procédure relative au projet de vie manque de précisions concernant le délai d'élaboration.	Recommandation 8 : Réviser la procédure relative au projet de vie.	1 mois	

R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 10 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	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)
R16	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux chutes, aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs.	Recommandation 11 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux chutes, aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs.	6 mois	

R18	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 12 : Évaluer les protocoles périodiquement.	6 mois	
R10	L'établissement n'a pas transmis les fiches de tâches des IDE en semaine et le week-end, des auxiliaires de vie et ASH en semaine ainsi que les fiches de postes de l'ensemble du personnel.	Recommandation 13 : Transmettre les fiches de tâches des IDE en semaine et le weekend, des auxiliaires de vie et ASH en semaine ainsi que les fiches de postes de l'ensemble du personnel.	1 mois	