

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00102



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Madame Gaëlle DEHEEGER  
Directrice de l'EHPAD Résidence  
Marguerite de Flandre  
322 rue du Docteur Henri  
Vanuxeem  
59850 NIEPPE

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

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Marguerite de Flandre sis 322 rue du Docteur Henri Vanuxeem à Nieppe (59850) initié le 27 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Marguerite de Flandre sis 322 rue du Docteur Henri Vanuxeem à Nieppe (59850) 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 27 février 2024.

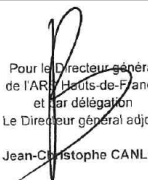
Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 6 novembre 2024.

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 courent 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](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 Marguerite de Flandre à Nieppe (59850) initié le 27 février 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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E13	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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° du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. S'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, le jour et la nuit, 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.	<b>Dès réception du rapport</b>	

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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH. 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.			
E8	En ne vérifiant pas systématiquement les extraits de casier judiciaire de son personnel et en ne les renouvelant pas régulièrement, 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 2 :</b> 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 comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	<b>1 mois</b>	

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.	<b>Prescription 3 :</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.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
E11	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à l'absence de médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Dès réception du rapport</b>	
E12	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 5 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>1 mois</b>	

E15	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312158 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Suite au recrutement du médecin coordonnateur, réviser avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins et l'intégrer dans le projet d'établissement conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 311-38-5 du CASF.	6 mois	
E14	Le projet général de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement et ne contient pas de plan de formation spécifique du personnel concernant les soins palliatifs, ce qui est contraire aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 31138-5 du CASF.			
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
E16	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.	<b>Prescription 7 :</b> Transmettre à la mission de contrôle le RAMA signé par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 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.	<b>Prescription 8 :</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.	<b>3 mois</b>	
E2	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.	<b>Prescription 9 :</b> 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.	<b>6 mois</b>	
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-39 et L. 3114 du CASF.			
E17	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311 et L. 311-4-1 du CASF.			
E4	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. 31133 du CASF.			

E7	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, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	<b>Prescription 10 :</b> Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, conformément à la réglementation.	<b>2 mois</b>	
E1	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par sa présidente, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 31120 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - Révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ; - Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E19	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.	<b>Prescription 12 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Dès réception du rapport</b>	



E5	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.	<b>Prescription 13 :</b> Se conformer à la réglementation en mettant un accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans les chambres des résidents et dans les espaces communs de l'établissement.	<b>3 mois</b>	
R3	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	<b>1 mois</b>	
R2	La procédure sur les obligations de déclaration selon la nature de l'EIG manque de précision, notamment sur les modalités de déclaration, de suivi et de traitement des EIG / EIGS.	<b>Recommandation 2 :</b> Réactualiser la procédure sur les obligations de déclaration selon la nature de l'EIG en intégrant le processus de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves devant être signalés auprès de l'ARS et du conseil départemental.	<b>3 mois</b>	

R6	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées et le personnel n'y est pas formé.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci. Faire signer, lors des sensibilisations, des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.	<b>5 mois</b>	
R7	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 4 :</b> Former le personnel aux protocoles de l'établissement, mettre en place un émargement systématique lors des formations internes et externes et transmettre les feuilles d'émargement relatives aux sensibilisations sur les protocoles internes.	<b>4 mois</b>	
R8	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.	<b>Recommandation 5 :</b> Réévaluer de façon périodique les différents protocoles de l'établissement.	<b>6 mois</b>	
R4	Les fiches de poste et les fiches de tâches des AS et des ASHQ sont identiques.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir des fiches de tâches et des fiches de poste spécifiques et distinctes pour les AS et ASHQ.	<b>1 mois</b>	
R5	Les procédures d'admission sont incomplètes.	<b>Recommandation 7 :</b> Mettre à jour les procédures d'admission en équipe pluridisciplinaire et les appliquer.	<b>3 mois</b>	

R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	<b>Recommandation 8 :</b> Mettre à jour l'organigramme.	<b>1 mois</b>	
----	---	--	---------------	--