

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00346



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Caroline RUGET
Directrice
EHPAD Résidence de la Pévèle
227, rue Lucie et Raymond Aubrac
59830 CYSOING

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence de la Pévèle sis 227 rue Lucie et Raymond Aubrac à Cysoing (59830) initié le 30 mai 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence de la Pévèle sis 227 rue Lucie et Raymond Aubrac à Cysoing (59830) 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 30 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 03 décembre 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, **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 Résidence de la Pévèle à Cysoing (59830) initié le 30 mai 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)
9	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 « 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.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. Recruter le personnel nécessaire et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants 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.	Dès réception du rapport	

E15	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°2 : 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	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E13	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription n°4 : 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.	3 mois	
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	

E17	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.	Prescription n°6 : 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.	Dès réception du rapport	
E7	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national et la nature du diplôme obtenu des agents, 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 n°7 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
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 n°8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	

E8	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 n°9 : 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 médicosociales.	Dès réception du rapport	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	Prescription n°10 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - sa composition ; - sa fréquence. Transmettre à la mission de contrôle la composition, le règlement intérieur et le compte rendu CVS en date du 23/05/2023.		3 mois
R5	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la composition, le règlement intérieur et le compte rendu CVS en date du 23/05/2023.			
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 n°11 : 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.	6 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			

E5	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS, ainsi que les mesures collectives relatives à l'exercice de la liberté d'aller et venir des résidents, contrairement aux dispositions des articles R. 311-33 et R. 311-37-1 du CASF.			
R21	Les informations contenues dans le règlement de fonctionnement ne sont pas à jour.			
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que de 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 contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et 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.			

E4	Le plan bleu n'est pas à jour et 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.	Prescription n°12 : Mettre à jour et établir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
R13	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	Recommandation n°1 : Procéder au recrutement d'un IDEC.	1 mois	
R8	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	Recommandation n°2 : Actualiser les procédures relatives aux événements indésirables.	3 mois	
R9	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions, notamment sur les modalités de déclaration (Procureur de la République) et de traitement des EIG / EIGS.			
R10	Les RETEX ne sont pas formalisés.	Recommandation n°3 : Rédiger les comptes rendus des RETEX.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation n°4 : Etablir un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	3 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation n°5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	

R22	Le manque de précision concernant la programmation annuelle de révision des PVI ne permet pas l'exploitation des données.	Recommandation n°6 : Réviser le document relatif à la programmation annuelle de révision des PVI, en précisant les dates d'entrée du résident, du 1 ^{er} et du dernier PVI.	2 mois	
R23	La procédure relative à l'élaboration du projet de vie individualisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, le suivi et l'actualisation.	Recommandation n°7 : Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet de vie individualisé.	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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R1	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée les nuits en semaine.	Recommandation n°8 : Formaliser l'organisation de la permanence de direction les nuits en semaine.	3 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction n'ont pas été transmises.	Recommandation n°9 : Transmettre à la mission de contrôle les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	1 mois	
R4	Le CODIR manque de régularité dans l'organisation de ces réunions.	Recommandation n°10 : Réunir régulièrement le CODIR.	3 mois	

R3	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus de réunion avec le conseil d'administration.	Recommandation n°11 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec le conseil d'administration.	1 mois	
R20	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°12 : Mettre à jour la procédure d'admission.	2 mois	
R25	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et soins palliatifs.	Recommandation n°13 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et soins palliatifs, en concertation avec les équipes.	3 mois	
R26	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
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)
R12	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est pas personnalisée au nom de l'établissement.	Recommandation n°14 : Mettre à jour la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R27	En l'absence de dates de création/mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation n°15 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	1 mois	

R14	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°16 : Étudier les causes de l'absentéisme et de turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. Transmettre le taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants (2020 à 2022).	6 mois	
R16	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R15	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R17	Le taux de turn-over des équipes n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R18	Le personnel de l'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste. Le personnel de l'accueil de jour et les ASHQ ne disposent pas d'une fiche de tâches.	Recommandation n°17 : Etablir une : <ul style="list-style-type: none"> - fiche de poste pour le personnel de l'établissement ; - fiche de tâches pour l'accueil de jour et les ASHQ. 	2 mois	
R19	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation n°18 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations inscrites dans les plans de formations, ainsi que sur les transmissions ciblées.	1 mois	

R24	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
-----	---	--	--	--