

**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00427



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD du Bon Air sis 401 rue du Sirocco à Marles-les-Mines (62540) 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 5 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 mars 2024.

Par courrier reçu par mes services le 25 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.

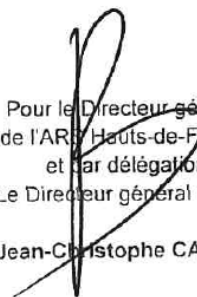
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Alain DUCONSEIL  
Président du Conseil d'Administration  
Association La Vie Active  
4 rue Beffara  
62000 ARRAS

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, 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 Monsieur Laurent DANIEL, directeur 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 du Bon Air à Marles-les-Mines (62540) initié le 5 octobre 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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E12	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en qualification, le jour et le nuit, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E11	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 agents des services de soins ; 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			
E13	La surveillance de jour au sein des UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Positionner systématiquement du 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 du CASF.	1 mois	
E14	La surveillance de nuit au sein des UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

E9	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 3 :</b> S'assurer que le temps de travail (0,6 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 mois	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		25/04/2024
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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Prescription 5 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		25/04/2024
E16	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 3113 du CASF.	<b>Prescription 6 :</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 et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	2 mois	

E17	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
R14	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
E8	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'a été dispensée au sein de l'établissement au jour du contrôle.	<b>Prescription 7 :</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.		25/04/2024

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)
E1	La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie depuis 2020 contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.		<b>25/04/2024</b>
E15	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas cosigné par le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique	<b>Prescription 9 :</b> Transmettre le RAMA signé par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E5	Le plan bleu transmis n'est pas annexé au projet	<b>Prescription 10 :</b> Etablir un plan bleu conforme aux dispositions de l'instruction	<b>6 mois</b>	
	d'établissement et 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.	ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD. Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.		

E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement et projet d'établissement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E4	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E2	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature	<b>Prescription 12 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :	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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ;</li> <li>- Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF ;</li> </ul>		



E3	Le règlement intérieur n'a pas été établi par le CVS dès sa 1ère réunion et n'est pas à jour contrairement aux dispositions de l'article D. 311-19 du CASF et du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.	- Transmettant le règlement intérieur du CVS mis à jour et établi lors de la 1ère réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF.		
E18	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 13 :</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>	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 1 :</b> Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement et établir des comptes rendus.		<b>25/04/2024</b>
R4	Tous les temps d'échange, ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.			
R8	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique à l'encadrement.	<b>Recommandation 2 :</b> Inscrire l'IDEC dans une formation dédiée à l'encadrement.		<b>25/04/2024</b>

R16	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	<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.	<b>5 mois</b>	
R7	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 4 :</b> Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	<b>3 mois</b>	
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 5 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.		<b>25/04/2024</b>
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement ni de bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	<b>Recommandation 6 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ainsi qu'un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	<b>3 mois</b>	
R11	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches.	<b>Recommandation 7 :</b> Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'établissement.	<b>1 mois</b>	

R15	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 8 :</b> Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R13	Les procédures d'admission sont incomplètes.	<b>Recommandation 9 :</b> Mettre à jour les procédures d'admission en équipe pluridisciplinaire et les appliquer.	2 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>Recommandation 10 :</b> Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R19	En l'absence des dates de mise à jour des protocoles dans les documents transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	6 mois	
R18	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 12 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	1 mois	
R12	L'établissement n'a pas transmis le plan de formation interne / externe pour l'année 2023.	<b>Recommandation 13 :</b> Transmettre le plan de formation interne / externe de l'année 2023.		25/04/2024

R10	L'établissement a précisé des taux de turn-over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 14 :</b> Etudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		25/04/2024
R9	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 15 :</b> Identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions suite aux taux d'absentéisme élevés.		25/04/2024
R1	En l'absence de données nominatives et de liens hiérarchiques fonctionnels et compréhensibles, l'organigramme non daté, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement de l'établissement.	<b>Recommandation 16 :</b> Dater et mettre à jour l'organigramme.	1 mois	
R2	Le document unique de délégation n'est pas daté.	<b>Recommandation 17 :</b> Dater le document unique de délégation.		25/04/2024