

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00120
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Chrystel DELALEE
Directrice
EHPAD L'Arbre de Vie
Rue d'Apolda
BP 109
59471 SECLIN CEDEX

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD L'Arbre de Vie sis 5 rue Honoré de Balzac à WATTIGNIES (59139) initié le 6 mars 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD L'Arbre de Vie sis 5 rue Honoré de Balzac à WATTIGNIES (59139) 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 6 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11 juin 2024.

Par courrier reçu le 10 juillet 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.

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 L'Arbre de Vie à WATTIGNIES (59139) initié le 6 mars 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)
E7	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 ASHQ 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 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E12	Au regard de la charge de travail du personnel et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 2 : Positionner 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	
E8	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.			

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)
E6	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	Prescription 3 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		10/07/2024
E11	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement 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.	Prescription 4 : 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 personnalisés est réalisée.	3 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 et conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E9	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.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E5	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans les livrets d'accueil transmis ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions légales et réglementaires.		
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.			
E4	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			

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	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.	Prescription 8 : Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10, du CASF puis le transmettre à la mission de contrôle.		10/07/2024
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en transmettant : - les procès-verbaux de réunions signés par le/la président(e) du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - le règlement intérieur du CVS approuvé lors de la 1ère réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-19 du CASF.		10/07/2024
E13	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 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		10/07/2024
R7	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 1 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R5	L'établissement n'a pas précisé la répartition des ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.	Recommandation 2 : Transmettre la répartition en ETP des missions de coordination et de prescription du médecin coordonnateur.	1 mois	
R4	Les informations transmises concernant le temps de travail du médecin coordonnateur ne sont pas concordantes.	Recommandation 3 : Coordonner les informations concernant le temps de médecin coordonnateur et transmettre les éléments de preuve.		10/07/2024

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)
R2	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation 4 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R3	L'établissement ne dispose pas de livret d'accueil générique à destination du nouveau personnel arrivant.	Recommandation 5 : Etablir un livret d'accueil générique à destination du nouveau personnel arrivant.	3 mois	
R1	Le livret d'accueil dédié à la filière Gériatrie et Autonomie n'est pas à jour.	Recommandation 6 : Mettre à jour les informations renseignées dans le livret d'accueil dédié à la filière Gériatrie et Autonomie.	1 mois	
R6	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 7 : Compléter la procédure d'admission.		10/07/2024
R8	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 8 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R9	Les protocoles ne sont pas systématiquement évalués périodiquement.	Recommandation 9 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	