

**Le directeur général**

Lille, le **12 JUIN 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2022-HDF-0276

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Madame la Présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence Le Cèdre sis 18, rue de Paris à Plailly (60128) 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 26/10/2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 28/04/2023.

Par courrier reçu par mes services le 03/06/2023, 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.

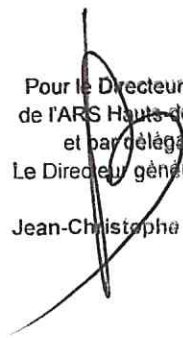
Madame Christine JEANDEL  
Présidente  
Groupe Colisée  
7, allée Haussmann  
33300 BORDEAUX

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](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, Madame la Présidente, 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 Mariana PRUNEANU, directrice de l'établissement

Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre**

**Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Le Cèdre à PLAILLY (60128) initié le 26/10/2022**

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'inconstance des effectifs IDE ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs IDE suffisants en nombre afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E8	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 9 « faisant fonction 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 2 : Supprimer les glissements de tâches	3 mois	
E7	Le médecin coordonnateur n'étant pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 3 : Former le médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-157 du CASF.	3 mois	
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée 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 5 : Proposer aux résidents une collation nocturne de manière systématique conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
E1	Le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique contrevient aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 6 : Organiser des réunions de la commission de coordination gériatrique au minimum 2 fois par an conformément aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2011.	3 mois	
E3	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription 7 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réviser le projet d'établissement ;</li> <li>- Mettre à jour le règlement intérieur du CVS.</li> </ul>		
E2	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS et sur les modalités de son élaboration, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.		3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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 règlement intérieur du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D311-19 du CASF.			
E5	En ne s'étant pas réuni 3 fois au cours de l'année 2022, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF.			
R1	Les qualifications et diplômes du directeur d'établissement n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 1 : Transmettre les diplômes et qualifications du directeur en fonction au sein de l'établissement.		
R2	L'IDEC ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 2 : Former l'IDEC aux missions d'encadrement.	<b>3 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R5	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes AS, AES et AMP élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<p>Recommandation 3 : Afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents, la satisfaction des familles et des conditions de travail satisfaisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyser les causes de l'absentéisme ;</li> <li>- stabiliser les équipes ;</li> <li>- prendre les mesures qui s'imposent face à des situations sans solution.</li> </ul>		
R6	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes AS, AES et AMP élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R4	Il existe une incohérence entre le taux d'absentéisme des IDE déclaré par l'établissement et le taux d'absentéisme réel constaté.	Recommandation 4 : Justifier l'incohérence des déclarations concernant le taux d'absentéisme des IDE.		
R8	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure d'admission en y intégrant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son arrivée au sein de l'établissement ;</li> <li>- un entretien préalable à l'admission avec la direction.</li> </ul>		



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R3	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle les plans de formation à la déclaration des événements indésirables réalisés des années N-2 et N-1, et prévu N.	Recommandation 6 : Transmettre les plans de formation à la déclaration des événements indésirables et indésirables graves des années N-2 et N-1.	1 mois	
R9	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 7 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.		
R7	Le RAMA n'a pas été transmis par l'établissement.	Recommandation 8 : Transmettre le RAMA de l'établissement.		