

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00261



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Valouise à 190 route de Verberie à Orrouy (60129) 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 08 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 04 octobre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 30 octobre 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.

Monsieur David HASSOUNI
Directeur général
EHPAD La Valouise
190 route de Verberie
60129 ORROUY

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, 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

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 La Valouise à ORROUY (60129) initié le 08 avril 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)
E9	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.	Prescription 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	6 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)
E10	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire 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.			

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	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription 2 : - 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. - Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	6 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)
E8	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 3 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation.	1 mois	
E8	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 4 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance : - En mettant à jour le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars	6 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)
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF ; - En réalisant régulièrement, pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance.		
E1	Le document unique de délégation n'aborde pas les points mentionnés à l'article D.312-176-5 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un document unique de délégation conformément aux dispositions de l'article D. 312176-5 du CASF.	/	30/10/2024
E11	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 et qui devra être intégré dans le projet	6 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)
		En application des articles D.312-158 du CASF.		
E2	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L. 3118 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	Le plan bleu n'a pas été arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire après consultation des instances représentatives du personnel et du CVS ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF.			
E4	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 D. 312-160 du CASF.			

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)
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 et R311-37 du CASF.			
E12	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.	Prescription 8 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est 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.	3 mois	
R6	L'établissement n'a transmis aucun document à la mission de contrôle concernant le CVS, ce qui ne permet pas de valider si celui-ci fonctionne selon les	Recommandation 1 : Transmettre les documents qui ont été demandés par la mission de contrôle : - les comptes rendus des réunions de CVS		

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)
	exigences légales et réglementaires.	2021, 2022, 2023 et 2024 ; - la composition du CVS (le procès-verbal des élections) ; - le règlement intérieur.		

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)
R10	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.	Recommandation 2 : Rédiger un plan global d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R18	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Recommandation 3 : Formaliser une procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires.	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)
R17	Le RAMA de l'année 2023 n'a pas été remis à la mission de contrôle.	Recommandation 4 : Transmettre le RAMA 2023 à la mission de contrôle.	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)
R11	La procédure de « signalement d'un événement indésirable » n'a pas été révisée depuis 2014.	Recommandation 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour la procédure de signalement d'un événement indésirable ; - Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins ; - Prévoir l'organisation de RETEX 	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).			
R13	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.			
R19	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 6 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades.	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)
R23	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et prévention de l'incontinence ainsi qu'à la fin de vie.	Recommandation 7 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux changes, à la prévention de l'incontinence ainsi et à la fin de vie ; - Transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique. 	3 mois	
R24	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R25	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			

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)
R7	L'établissement ne dispose pas, au jour d'un contrôle, d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents	Recommandation 8 : Mettre en place un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents.	3 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 9 : Réaliser un bilan annuel des réclamations des usagers.	3 mois	
R9	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 10 : Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles	3 mois	
R20	L'établissement n'organise pas de transmissions orales en fin de journée entre les équipes de jour et de nuit.	Recommandation 11 : Organiser des transmissions orales en fin de journée entre les équipes de jour et de nuit.	/	30/10/2024

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)
R21	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	Recommandation 12 : Mettre en place des transmissions ciblées au sein de l'établissement, organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel, et transmettre les feuilles d'émargement.	5 mois	
R22	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
R14	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouveau arrivant ainsi que le livret d'accueil.	Recommandation 13 : Transmettre la procédure d'accueil du nouveau arrivant ainsi que le livret d'accueil à la mission de contrôle.	1 mois	
R15	Les professionnels soignants (IDE, AS de jour) et d'hôtellerie ne disposent pas de fiches de tâches.	Recommandation 14 : Rédiger des fiches de tâches pour tous Les professionnels soignants (IDE, AS de jour) et d'hôtellerie et	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)
R16	Les fiches de poste et de tâches de l'ASH de nuit comportent des missions qui ne relèvent pas de ses compétences.	mettre à jour les fiches de poste et de tâches de l'ASH de nuit indiquant des missions qui relèvent de sa compétence.		
R2	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée ni formalisée en cas d'absence de la directrice.	Recommandation 15 : Formaliser l'organisation des astreintes en l'absence de la directrice	/	30/10/2024
R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction ne sont pas formalisées.	Recommandation 16 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la direction.		
R4	Les rencontres entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisées.	Recommandation 17 : Mettre en place des réunions entre le directeur d'établissement et l'organisme gestionnaire, et établir des comptes rendus.	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)
R5	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 18 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	
R1	L'organigramme hiérarchique ne comporte pas de date de mise à jour et n'est pas nominatif.	Recommandation 19 : Transmettre un organigramme nominatif, daté et mis à jour.	/	30/10/2024