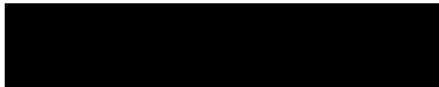


Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00304



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

A

Isabelle SOUFFLET
Directrice
EHPAD Vuidet
131 avenue du Général de Gaulle
02260 LA CAPELLE

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Vuidet situé au 131 rue du Général de Gaulle à LA CAPELLE (02260) initié le 19 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Vuidet situé au 131 rue du Général de Gaulle à LA CAPELLE (02260) 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 19 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 18 mars 2024.

Par courriel reçu le 18 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.

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 Vuidet à LA CAPELLE (02260) initié le 19 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)
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'Etat 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'Etat d'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, notamment en UVA la 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	

E13	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et 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 L311-33° 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)
E14	Au regard de la pathologie des résidents accueillis (PMP/GMP), la présence IDE n'est pas suffisante les week-ends pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3, 1° du CASF.	Prescription n°2 : Assurer une présence infirmière continue et suffisante en journée, notamment le week-end, afin de garantir la sécurité, ainsi que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément à l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	

E12	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Augmenter le temps de travail contractuel du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E13	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 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)
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	

E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°6 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-9 et D311-20 du CASF (cf. détails page 11 du rapport de contrôle).	3 mois	
E9	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, 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.	Prescription n°7 : 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 des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	1 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)
---	--	------------------------------	--

E16	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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	
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°9 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	6 mois	
E13	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 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)
E4	Le plan bleu n'est pas révisé annuellement et n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS /SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°10 : Réviser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	6 mois	
E5	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement obsolète, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			

E6	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement à destination des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 et suivants du CASF.	Prescription n°11 : Formaliser un règlement de fonctionnement à destination des résidents conformément aux dispositions de l'article R311-33 et suivants du CASF.	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)
E7	En n'annexant pas la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D31139 du CASF.	Prescription n°12 : Réviser le livret d'accueil, en y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF, et en y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance :	3 mois	

E8	Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme aux dispositions 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.	<ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 		
----	--	--	--	--

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)
---	--	------------------------	--

E15	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et aux dispositions instaurées par le décret 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 n°13 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF et aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 27 du rapport de contrôle).	3 mois	
E14	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) contrevient aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°14 : Rédiger le RAMA de l'année 2023 conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	3 mois	
R15	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°1 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	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)
R6	En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, et de la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°2 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, et en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles.	6 mois	
R7	Les modalités de gestion et de traitement des événements indésirables, après déclaration, ne sont pas formalisées.	Recommandation n°3 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables présentant les étapes successives de traitement des événements indésirables après déclaration.	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)
R9	Il n'existe pas de procédure, ni de protocole de signalement et de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°4 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	3 mois	

R10	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.	Recommandation n°5 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	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)
R14	L'établissement ne dispose pas d'une procédure formalisée décrivant le processus de préadmission et d'admission d'un nouveau résident.	Recommandation n°6 : Formaliser une procédure de préadmission et d'admission d'un nouveau résident, en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. pages 26 et 27 du rapport de contrôle).	6 mois	

R11	Il n'existe ni de procédure ni de livret d'accueil dédié à l'intégration des nouveaux arrivants salariés.	Recommandation n°7 : Formaliser une procédure dédiée à l'intégration des nouveaux salariés, en y précisant les modalités d'accompagnement des nouveaux agents par un pair, et rédiger un livret d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R12	Les modalités d'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair, n'ont pas été décrites à la mission de contrôle.			
R16	L'établissement n'organise pas de formation / sensibilisation sur les protocoles / procédures internes.	Recommandation n°8 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux protocoles et aux procédures internes.	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)
R17	En l'absence de précision des dates de dernières mises à jour des protocoles / procédures, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la gestion documentaire est révisée périodiquement.	Recommandation n°9 : Transmettre les dates de dernières mises à jour de tous les protocoles / procédures, afin que la mission de contrôle puisse s'assurer que la gestion documentaire est révisée périodiquement.	1 mois	

R13	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.	Recommandation n°10 : Étudier les causes du taux de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	
R1	La directrice d'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste formalisant ses missions.	Recommandation n°11 : Formaliser la fiche de poste de la directrice de l'EH PAD.	1 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	/	
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)
R4	La direction n'organise pas fréquemment des réunions institutionnelles de type CODIR.	Recommandation n°13 : Organiser des réunions institutionnelles de type CODIR, à fréquence	1 mois	

R5	Les comptes rendus des réunions institutionnelles de type CODIR ne sont pas formalisés.	régulière, et formaliser les comptes rendus associés.		
R3	Les modalités d'organisation des réunions et des échanges entre l'EHPAD et le conseil d'administration n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation n°14 : Transmettre les comptes rendus des Conseil d'Administration, permettant à la mission de contrôle de s'assurer que les liens entre la directrice et cette instance sont correctement formalisés.	1 mois	
R8	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°15 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	