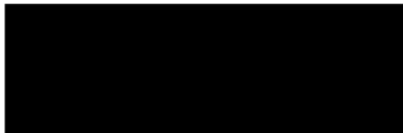


Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00355



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Van Eeghem sis 10 rue de la Maurienne à DUNKERQUE (59140) 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 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 15 novembre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 13 décembre 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.

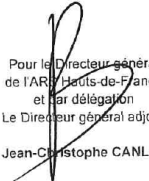
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Jean BODART
Président du CCAS de Dunkerque
30 Rue du Château
59140 DUNKERQUE

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 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 Madame Sandrine RIGAUT, directrice 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 Résidence Van Eeghem à DUNKERQUE (59140) initié le 24 juillet 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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	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 auxiliaires de vie ; 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.	<p>Prescription 1 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant et qualifié afin de garantir la qualité de la prise en charge et de respecter les rythmes de vie des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF et transmettre un échéancier.</p> <p>Transmettre les fiches de tâches révisées à la mission de contrôle.</p> <p>Renseigner les diplômes obtenus pour chaque professionnel et réviser les postes occupés ou les diplômes inscrits dans le tableau récapitulatif du personnel.</p>	Dès réception du rapport	

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)
E12	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, y compris en UVA, en termes de nombre d'agents ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
R5	La nature du diplôme n'est pas renseignée pour 2 professionnels exerçant la fonction d'AS.			
R6	Les diplômes de 3 professionnels soignants ne sont pas en adéquation avec le poste occupé.			
E17	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 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)
E13	La surveillance de nuit au sein de l'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.	Prescription 2 : Positionner systématiquement 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	
E9	En l'absence de vérification systématique à l'embauche puis de manière 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 des personnes vulnérables.	Prescription 3 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	
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, au jour du contrôle, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 4 : Former l'ensemble du personnel concernant : <ul style="list-style-type: none"> - la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance conformément à la réglementation, - la déclaration des événements indésirables, - les transmissions ciblées. 	6 mois	

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)
R10	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R19	L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées.			
E5	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et intégré ou annexé au projet d'établissement tel que le dispose l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer ou l'annexer au projet d'établissement.	6 mois	
E1	La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312-176-5 du CASF.	Prescription 6 : Etablir un document unique de délégation pour le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	1 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 7 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	

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)
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 9 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E15	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	Prescription 10 : Transmettre le RAMA signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	1 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.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de			

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)
	l'article R. 311-33 du CASF.			
E7	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.			
E16	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, et notamment l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.			
E3	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 12 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. - faisant systématiquement signer les comptes rendus de réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, 	3 mois	

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)
R3	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	- transmettant le règlement intérieur du CVS.		
E18	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 13 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		13/12/2024
R11	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et des événements indésirables graves associés aux soins.	Recommandation 1 : Etablir une procédure relative à la déclaration externe des événements indésirables graves et des événements indésirables graves associés aux soins.	3 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas d'un document permettant de s'assurer de l'élaboration des projets personnalisés dans un délai de 6 mois suivant l'entrée du résident et réévalués annuellement.	Recommandation 2 : Transmettre un tableau de suivi des projets personnalisés faisant figurer la date d'entrée du résident, la date du dernier projet personnalisé établi ainsi que la date prévisionnelle d'élaboration ou de révision du projet personnalisé.		13/12/2024

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)
R18	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 réalisées que suite à une réclamation.	Recommandation 3 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	1 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles pour l'ensemble du personnel.	Recommandation 4 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles pour l'ensemble du personnel.	3 mois	
R8	Au jour du contrôle, l'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations.	Recommandation 5 : Réaliser un bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale auprès des familles et des professionnels.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale auprès des familles et des professionnels.	3 mois	
R13	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme et de turn over élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et du turn over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R12	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil spécifique à l'EHPAD et à destination de l'ensemble des nouveaux arrivants.	Recommandation 8 : Etablir un livret d'accueil à destination de l'ensemble des nouveaux arrivants et spécifique à l'EHPAD.	6 mois	
R16	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	
R4	Les coordonnées de l'ARS Hauts-de-France renseignées dans le plan bleu ne sont pas à jour.	Recommandation 10 : Mettre à jour les coordonnées de l'ARS Hauts-de-France dans le plan bleu.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
R20	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.	Recommandation 11 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R2	Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux CODIR.	Recommandation 12 : Rédiger les comptes rendus des CODIR.	3 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation 13 : Dater l'organigramme.		13/12/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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	La fiche de tâches des IDE ainsi que les fiches de postes correspondant aux postes d'agent polyvalent, technicienne de surface, animatrice, psychologue et ergothérapeute n'ont pas été transmises.	Recommandation 14 : Transmettre la fiche de tâches des IDES ainsi que les fiches de postes correspondant aux postes d'agent polyvalent, technicienne de surface, animatrice, psychologue et ergothérapeute.	1 mois	
R15	L'établissement n'a pas transmis le plan de formation prévisionnel de l'année 2024.	Recommandation 15 : Transmettre le plan de formation de l'année 2024.		13/12/2024