

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024 HDF 00097


Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Florent SIMON
Directeur
EHPAD Résidence du Val d'Yser
65 rue de Bergues
59470 ESQUELBECQ

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence du Val d'Yser sis 65 rue de Bergues à ESQUELBECQ (59470) initié le 23 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, Résidence du Val d'Yser sis 65 rue de Bergues à ESQUELBECQ (59470) 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 23 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 10 avril 2024.

Par courrier reçu le 22 mai 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.



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 du Val d'Yser à ESQUELBECQ (59470) initié le 23 février 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'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'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Recruter le personnel nécessaire et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge, de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	1 mois	
E10	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1° du CASF ne sont pas garantie.			
E14	Au regard de la charge de travail des professionnels soignants, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter le rythme de vie des résidents au sens l'article L. 311-3 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)
E15	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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception des mesures correctives	
E8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 3 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	
E6	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°4 : 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	
E7	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 5 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance :	3 mois	
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la	- En mettant à jour le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la		

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)
	politique de lutte contre la maltraitance, et aux dispositions des articles D311-39 et L. 311-4 du CASF.	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 mettant à jour les protocoles sur la bientraitance et sur les modalités de signalement d'un acte de maltraitance.		
R7	Les protocoles sur la bientraitance et sur les modalités de signalement d'un acte de maltraitance n'ont pas été mis à jour depuis 2008.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E11	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E12	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 8 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D.311-5 et D. 311-20 du CASF	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D.311-5 et D. 311-20 du CASF et transmettre les procès-verbaux	3 mois	
R5				

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)
	Les procès-verbaux pour l'année 2021 n'ont pas été remis à la mission de contrôle.	pour l'année 2021.		
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions 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 10 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	3 mois	
E3	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. 311-8 du CASF.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires et transmettre le plan bleu à la mission de contrôle.	6 mois	
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
R6	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R17	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	Recommandation 1 : Procéder au recrutement d'une IDEC.	1 mois	
R23	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des PAP formalisé.	Recommandation 2 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés et transmettre à la mission contrôle le planning de programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	2 mois	
R22	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation 3 :	3 mois	
R13	L'établissement ne dispose pas d'une			

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)
	procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins ; - Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX ; - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement. 		
R14	Aucun compte-rendu de RETEX lié à l'analyse des événements indésirables graves n'a été transmis à la mission de contrôle.			
R12	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
R11	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 4 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	6 mois	
R24	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 au jour du contrôle.			
R27	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence et au circuit du médicament.	Recommandation 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence et au circuit du médicament ; 	3 mois	
R28	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie	<ul style="list-style-type: none"> - Transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; 		
R29	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les protocoles de façon périodique. 		
R21	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Recommandation 6 : Formaliser une procédure d'admission.	2 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)
R8	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 7 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R9	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement auprès des résidents.	Recommandation 8 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 9 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R25	Les transmissions ne sont pas toutes ciblées.	Recommandation 10 : Mettre en place les transmissions ciblées au sein de l'établissement, organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel, et transmettre les feuilles d'émargement.	5 mois	
R26	L'ensemble des professionnels n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 11 : Formaliser un livret d'accueil pour l'ensemble des agents, une procédure d'accueil du nouvel arrivant et réviser les livrets d'accueil des agents contractuels	3 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant et d'un livret d'accueil pour tous ses agents.			
R16	Les livrets d'accueil des agents contractuels sont incomplets.			
R2	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 12 : - Rédiger les fiches de poste pour l'ensemble du personnel et la fiche de tâches pour les IDE.	1 mois	
R18	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE. De plus, l'établissement ne dispose d'aucune fiche de poste.			

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)
R19	La fiche de tâches de l'ASH comporte des missions qui ne lui sont pas normalement octroyées.	- Mettre à jour la fiche de tâches de l'ASH afin que celle-ci ne comporte plus de missions octroyées à l'AS.		
R20	Les plans de formations 2022, 2023, et le plan prévisionnel de 2024 ainsi que les feuilles d'émargement n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre les plans de formations 2022, 2023 et le plan prévisionnel de 2024 ainsi que les feuilles d'émargement attestant la formation des personnels aux formations internes/externes.	4 mois	
R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction ne sont pas formalisées.	Recommandation 14 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	1 mois	
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 15 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme daté et nominatif.	Recommandation 16 : Transmettre un organigramme nominatif, daté et mis à jour.	/	22/05/2024