

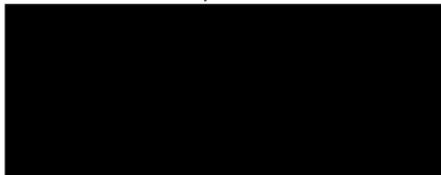


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Fabien PETIT
Directeur du CH de Le Quesnoy
Résidence Vauban
25 rue Jean Jaurès
59530 LE QUESNOY

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Vauban sis 25 rue Jean Jaurès à LE QUESNOY (59530) initié le 24 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Vauban sis 25 rue Jean Jaurès à LE QUESNOY (59530) 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 correctives envisagées vous ont été notifiés le 7 décembre 2024.

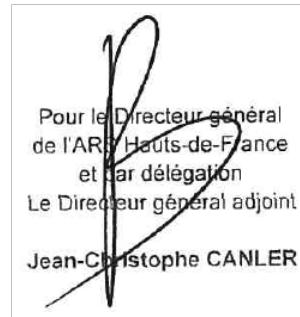
Par courrier reçu le 8 janvier 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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 jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Vauban à LE QUESNOY (59530) initié le 24 juillet 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)
E7	Au jour du contrôle, 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 agents de soins ; 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 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Dès réception du rapport	
E10	L'insuffisance 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			

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)
	respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E13	Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, plusieurs résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé actualisé a minima une fois par an.	Prescription 2 : Réaliser une évaluation périodique des projets personnalisés des résidents, conformément à la réglementation.		08/01/2025
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0.6 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : 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 (<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)
E9	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 4: Engager le médecin coordonnateur dans un complément de formation en gériatrie conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.		08/01/2025
E6	En l'absence de signalement des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, et notamment les événements relatifs à une erreur médicamenteuse ou à un défaut de soin ou de surveillance (fugue), l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 5: Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		08/01/2025

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)
E3	Le plan bleu n'est pas intégré au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF et n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF et de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 6 : Réviser le plan bleu conformément aux dispositions de l'article R. 311-38-1 du CASF et de 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 au projet d'établissement		08/01/2025
E1	Le fonctionnement du conseil de la vie sociale ne respecte pas les dispositions des articles D.311-5 et D.311-20 du CASF.	Prescription 7 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : - Revoir le fonctionnement du CVS ; - Etablir un projet d'établissement et un projet général de soins associé ; - Mettre à jour le règlement de fonctionnement ; - Réviser le livret d'accueil ; - Réviser le contrat de séjour.	6 mois	
E2	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 du CASF.			

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)
E5	En n'apportant aucune précision sur la personne de confiance, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF.			
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.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF.			
R2	Le faisant fonction Cadre de santé ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1: Engager le faisant fonction Cadre de santé dans une formation spécifique au métier d'encadrement.	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)
R6	La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, le suivi et l'actualisation.	Recommandation 2: Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé en y intégrant précisément les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'actualisation.		08/01/2025
R7	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 3: Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.		08/01/2025
R8	Les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	Recommandation 4: Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.		08/01/2025
R9	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
R5	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation 5 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'établissement.		08/01/2025

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)
R3	L'établissement a précisé un taux de d'absentéisme des équipes IDE élevé en 2022 sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Étudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		08/01/2025
R4	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes IDE élevé en 2022 sans préciser les actions mises en place pour y remédier.			
R10	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif à la prise en charge de la douleur.	Recommandation 7 : Formaliser un protocole relatif à la prise en charge de la douleur.	1 mois	
R12	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 8 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	3 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le tableau récapitulatif du personnel (pièce 2.34).	Recommandation 9 : Transmettre à la mission de contrôle le tableau récapitulatif du personnel (pièce 2.34).		08/01/2025

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)
R11	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 10 : Faire signer systématiquement lors de sensibilisations et formations des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.		08/01/2025