

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00133



LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Vaillant Couturier sis 4 rue Pierre Bachelet à Marly (59770) 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 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 novembre 2024.

Par courrier reçu le 16 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.

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.

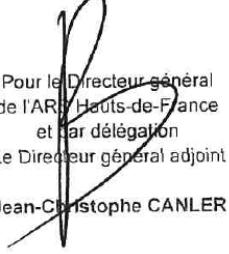
Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7 allée Haussmann
33300 BORDEAUX

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, Madame la présidente, 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 Monsieur Benoit LEPERS, directeur 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 Vaillant Couturier à Marly (59770) initié le 19 mars 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)
E8	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'aidesoignant 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.	<p>Prescription 1 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. S'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, le jour et la nuit, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1^o du CASF.</p>	Dès réception du rapport	

E10	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, en			
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)
	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 L. 311-3, 1 ^o du CASF.			

E9	<p>Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.</p>	<p>Prescription 2 : 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.</p>	<p>Dès réception du rapport</p>	
----	---	---	--	--

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	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 3 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.		16/12/2024
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3 ^e du CASF.	Prescription 4 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 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	<p>En ne vérifiant pas systématiquement les extraits de casier judiciaire de son personnel et en ne les renouvelant pas régulièrement, 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.</p>	<p>Prescription 5 : 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 comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.</p>	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)
E3	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	<p>Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :</p>	3 mois	

E2	<p>Le règlement intérieur n'est pas à jour contrairement aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ; - Mettant à jour le règlement intérieur du CVS conformément aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. 		
----	--	---	--	--

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	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 7 : Etablir les projets d'accompagnement 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 est réalisée.		16/12/2024
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.	Prescription 8 : 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.	6 mois	
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E4	En n'intégrant pas les modalités d'organisation à			

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)
	mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS, contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 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)

R8	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier	Recommandation 1: Inscrire l'IDEC dans une formation dédiée à l'encadrement.		16/12/2024
----	---	--	--	------------

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)
	d'encadrement.			
R2	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 2 : Définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.		16/12/2024

R5	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 3 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables et mettre à jour la procédure de gestion interne des événements	4 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)
R4	La procédure de gestion interne des événements indésirables n'a pas été révisée depuis 2017.	indésirables.		
R7	Le nouvel arrivant ne bénéficie pas d'un accompagnement par un pair.	Recommandation 4 : Mettre en place un système d'accompagnement par un pair les premiers jours suivants la prise de poste pour les nouveaux arrivants au sein de l'établissement.		16/12/2024

R11	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 5 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, urgences, troubles du comportement, changes et prévention de l'incontinence, soins palliatifs et au circuit du	Recommandation 6 : Etablir en concertation avec les équipes et transmettre les protocoles relatifs aux contentions, aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs	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)
	médicament.	et au circuit du médicament.		

R13	En l'absence de la transmission des dates de création et de mise à jour des protocoles, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 7 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec leurs dates d'élaboration et de révision respectives.		16/12/2024
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 8 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		16/12/2024

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)

R6	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	<p>Recommandation 9 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.</p>	1 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis le bilan annuel des réclamations des usagers pour les années 2021 et 2022	<p>Recommandation 10 : Transmettre le bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers de l'année 2021 et 2022.</p>	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)
R1	L'organigramme ne comporte pas de date de mise à jour.	Recommandation 11 : Dater l'organigramme.		16/12/2024

R9	<p>L'établissement a précisé des taux de turn-over des équipes élevés en 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.</p>	<p>Recommandation 12 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.</p>	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)

