



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00381



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Eric FALBIERSKI
Directeur
EHPAD Les Lys Blancs
55 rue Saint Vincent
59890 QUESNOY SUR DEULE

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Lys Blancs sis 55 rue Saint Vincent à QUESNOY SUR DEULE (59890) initié le 5 septembre 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Lys Blancs sis 55 rue Saint Vincent à QUESNOY SUR DEULE (59890) 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 5 septembre 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 8 novembre 2024.

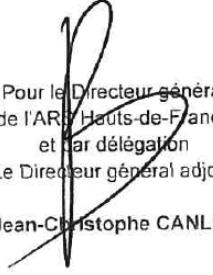
Par courrier reçu le 3 décembre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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. 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 Les Lys Blancs à QUESNOY-SUR-DEULE (59890) initié le 5 septembre 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)
E7	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 ASHQ aux 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 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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° du CASF et transmettre un échéancier.	Dès réception du rapport	
E6	Au regard du faible nombre de signalements réalisés depuis 2020 (un seul), 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 2 : 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.		03/12/2024
E5	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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 de personnes vulnérables.	Prescription 3 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 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)
E2	En l'absence de date de mise à jour, la révision annuelle du plan bleu tel que le dispose l'article R. 311-38-1 du CASF n'est pas garantie.	Prescription 4 : Réviser le plan bleu annuellement conformément à l'article R. 311-38-1 du CASF et faire figurer la date de révision.		03/12/2024
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : 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	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		03/12/2024
E10	Le projet de soins n'est pas intégré au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Intégrer le projet de soins au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	1 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)
E11	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 le directeur de l'établissement.	Prescription 8 : Transmettre le RAMA signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.		03/12/2024
E3	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.			
E4	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 9 : Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E12	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.			

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)
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	<p>Prescription 10 :</p> <p>Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16, - faisant systématiquement signer les comptes rendus de réunions du CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - faisant valider le règlement intérieur du CVS lors de la 1^{ère} réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-20 du CASF. 	3 mois	
R5	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Former le personnel à la déclaration des événements indésirables puis transmettre la feuille d'émargement.</p>		03/12/2024
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves associés aux soins.	<p>Recommandation 2 :</p> <p>Etablir une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves associés aux soins.</p>		03/12/2024
R7	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<p>Recommandation 3 :</p> <p>Réviser la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves puis l'appliquer.</p>		03/12/2024

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)
R12	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 4 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R3	Le projet d'établissement n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre le projet d'établissement en vigueur.	1 mois	
R2	La participation du directeur aux conseils d'administration n'est pas garantie.	Recommandation 7 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de conseils d'administration auxquels le directeur a participé.		03/12/2024
R8	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 8 : Etablir un livret d'accueil du nouvel arrivant puis le transmettre à la mission de contrôle.	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)
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Compléter la procédure d'admission.		03/12/2024
R9	L'établissement a précisé un taux de turn over des effectifs soignants élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		03/12/2024
R10	Les fiches de tâches ne précisent pas les fonctions des professionnels assurant chaque poste.	Recommandation 11 : Préciser, sur chaque fiche de tâches, les fonctions des professionnels assurant chaque poste puis les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté et la lecture des liens hiérarchiques et fonctionnels manque de clarté.	Recommandation 12 : Réviser la présentation des liens hiérarchiques et fonctionnels et dater l'organigramme.		03/12/2024
R13	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 13 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux urgences, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	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)
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 14 : Evaluer les protocoles périodiquement.	6 mois	