

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00388



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Alexandre RYCKELYNCK
Directeur
EHPAD Résidence de la Vigne
Place du Général de Gaulle
59184 SAINGHIN EN WEPPE

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence de la Vigne sis Place du Général de Gaulle à SAINGHIN EN WEPPE (59184) initié le 20 août 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence de la Vigne sis Place du Général de Gaulle à SAINGHIN EN WEPPE (59184) 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 20 août 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 08 novembre 2024.

Par courrier reçu le 10 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 leur notification.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

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 de la Vigne à SAINGHIN EN WEPPE (59184) initié le 20/08/2024

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'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASHQ soins « faisant fonction » d'AS ; 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 et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	6 mois	

E10	L'insuffisance et l'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), y compris en UVA, 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 respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E16	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
R8	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E17	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.	/	10/12/2024
E15	Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, la quasitotalité des résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé actualisé a minima une fois par an.	Prescription 3 : - Etablir les projets 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 personnalisés est réalisée. - Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	6 mois	

R14	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.			
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.	<p>Prescription 4 : La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'établissement :</p> <p>En organisant régulièrement pour l'ensemble du personnel des formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance, conformément 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 ; En mettant à jour le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars</p>	6 mois	
E11	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, la formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est pas dispensée régulièrement au sein de l'établissement.			

E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 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.	2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, et aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF ; - En mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.		
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP et indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation, conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	/	10/12/2024
E12	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 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et qui devra être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	
E13	En ne précisant pas les modalités de son élaboration et n'étant pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement, le RAMA contrevient à l'article D.312158 du CASF.	Prescription 7 : Préciser les modalités de son élaboration et faire signer le RAMA conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D.312158 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)
E3	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'article R. 311-38-1 du CASF et aux dispositions 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 8 : Rédiger un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions 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 ou l'annexer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-160 du CASF.			
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.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	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)
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 et R. 311-35 du CASF.			
E14	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.			
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement ; - Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX. 	/	10/12/2024

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)
R7	Aucun compte-rendu de RETEX lié à l'analyse des événements indésirables graves n'a été transmis à la mission de contrôle.			
R5	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.	Recommandation 2 : 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	
R15	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 régulièrement.			

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)
R2	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière.	Recommandation 3 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique, afin que la mission de contrôle s'assure que celle-ci se tient de manière régulière.	4 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux soins palliatifs.	Recommandation 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux soins palliatifs ; - Transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique. 	3 mois	
R18	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R19	Les protocoles ne sont pas tous évalués périodiquement.			

R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel réclamations et plaintes usagers.	/	07/02/205
R4	Au jour du contrôle, l'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R16	L'ensemble des professionnels n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 7 : Organiser des formations ou sensibilisations sur les transmissions ciblées à destination du personnel, et transmettre les feuilles d'émargement.	5 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)
R9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 8 : Etudier les causes de l'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

R10	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R1	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée les nuits en semaine.	Recommandation 9 : Formaliser dans un document l'organisation de la permanence de la direction en l'absence de la directrice, y compris la nuit.	/	10/12/2024
R13	Les feuilles d'émargement des formations externes/sensibilisations internes n'ont pas été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation.	Recommandation 10 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement afin de garantir à la mission de contrôle l'organisation régulière des formations internes/externes.	/	10/12/2024
R12	La fiche de poste de l'ASHQ « Faisant fonction aidesoignant » jour/nuit comporte des missions qui ne relèvent pas de leurs compétences.	Recommandation 11 : Mettre à jour la fiche de poste de l'ASHQ « Faisant fonction aidesoignant » jour/nuit afin qu'elle comporte des missions qui relèvent de ses compétences et rédiger des fiches de tâches pour toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit.	1 mois	
R11	Toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit ne disposent pas de fiche de tâches.			
R20	L'établissement ne prévoit pas assez de partenariat permettant de s'ouvrir sur son environnement.	Recommandation 12 : Engager des partenariats afin d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur.	6 mois	

