



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00406



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Eric FALBIERSKI  
Directeur  
EHPAD Résidence Obert  
2 rue des Ecoles  
59118 WAMBRECHIES

### LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Obert sis 2 rue des Ecoles à WAMBRECHIES (59118) initié le 5 septembre 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Obert sis 2 rue des Ecoles à WAMBRECHIES (59118) 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 5 novembre 2024.

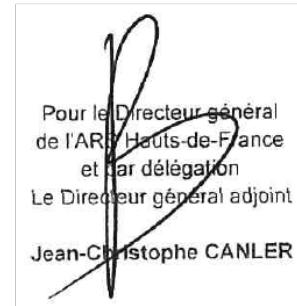
Par courrier reçu le 4 décembre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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](mailto: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 Obert à WAMBRECHIES (59118) initié le 5 septembre 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	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 affectés 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.	<b>Prescription 1 :</b> 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	
E10	En l'absence de personnel suffisamment qualifié (une seule AS), la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Positionner systématiquement du personnel qualifié au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article D. 311-3-1° du CASF.		04/12/2024
E11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.		04/12/2024
E6	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, les formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance ne sont pas	<b>Prescription 4 :</b> Former régulièrement l'ensemble du personnel à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance conformément à la réglementation.	3 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)
	dispensées régulièrement au sein de l'établissement.			
E5	En l'absence de vérification à l'embauche de l'extrait de casier judiciaire puis de vérification régulière, 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 des personnes vulnérables.	<b>Prescription 5 :</b> 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 conformément à la réglementation.	1 mois	
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.	<b>Prescription 6 :</b> Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 du CASF.		04/12/2024
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Incrire la date de mise à jour du plan bleu afin de s'assurer de sa révision annuelle tel que le dispose l'article R. 311-38-1 du CASF.		
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> 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.	<b>Prescription 8 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		04/12/2024
E12	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.	<b>Prescription 9 :</b> 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.		04/12/2024
E4	En ne comportant pas la charte des droits et libertés de la personne accueillie et la notice d'information relative à la personne de	<b>Prescription 10 :</b> Réviser le livret d'accueil en y annexant la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que la notice d'information relative à la personne de	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)
	confiance, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF.	confiance conformément aux articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF.		
E13	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.	<b>Prescription 11 :</b> Réviser le contrat de séjour conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n°2022-734 du 28 avril 2022.	1 mois	
E1	En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	<b>Prescription 12 :</b> Réunir le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	3 mois	
R2	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves associés aux soins.	<b>Recommandation 1 :</b> Etablir une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves associés aux soins.		04/12/2024
R3	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 2 :</b> 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.		04/12/2024
R7	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.	<b>Recommandation 3 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R1	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	<b>Recommandation 4 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	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)
<b>R6</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 5 :</b> Compléter la procédure d'admission.		04/12/2024
<b>R8</b>	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.	<b>Recommandation 6 :</b> 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	
<b>R9</b>	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<b>Recommandation 7 :</b> Evaluer les protocoles périodiquement.	6 mois	
<b>R5</b>	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière des formations externes.	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement des formations externes réalisées en 2023 et 2024.		04/12/2024
<b>R4</b>	Les fiches de tâches n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 9 :</b> Transmettre les fiches de tâches à la mission de contrôle.	1 mois	