

**Le directeur général**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00313

Lille, le

**LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Van Kempen sis 26 rue de Cassel à Arnèke (59285) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 15 mai 2024.

Par courrier reçu par mes services le 17 juin 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.

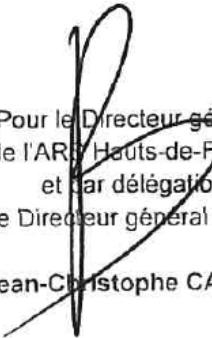
Monsieur Francis AMPEN  
Président du conseil d'administration  
Fondation Van Kempen  
26 rue de Cassel  
59285 ARNEKE

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 effectives 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, Monsieur le président, 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 Frédéric DELAUTRE, 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 Van Kempen à ARNEKE (59285) initié le 14 décembre 2023**

| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b> |  | <b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>   | <b>Délai de mise en œuvre</b> | <b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b> |
|--|--|--|-------------------------------|--|
| E10  | 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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « 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 | <p><b>Prescription n°1 :</b></p> <p>Supprimer les 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 conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1<sup>o</sup> 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
|   | d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.   |   |                        |   |
| E12   | L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), 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 <sup>o</sup> du CASF. |   |                        |   |
| E16   | La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF, au regard notamment du nombre de toilettes par agent.   |   |                        |   |
| E1  | Le directeur de l'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle,   | <b>Prescription n°2 :</b><br>Engager le directeur dans une formation afin d'obtenir une | 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) |
|---|---|---|------------------------|---|
|   | des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.                        | certification de niveau I comme le 176-6 du l'article D. 312 CASF.  |                        |   |
| E11   | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF. | <b>Prescription n°3 :</b><br>Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux articles D. 312-155-0 et D. 312-156 du CASF. | 2 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
|   |  |   |                        |   |
| <b>E2</b>   | La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3 <sup>e</sup> du CASF. | <b>Prescription n°4 :</b><br>Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.   | <b>3 mois</b>          |   |
| <b>E14</b>  | Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312158, alinéa 10.   | <b>Prescription n°5 :</b><br>Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur concernant les modalités d'élaboration puis le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le | <b>3 mois</b>          |   |

| 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) |
|---|--|--|------------------------|---|
|   |  | faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.  |                        |   |
| E9  | En l'absence de vérification à l'embauche de l'extrait de casier judiciaire national, 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. | <p><b>Prescription n°6 :</b><br/>Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD conformément à la réglementation.</p> | 1 mois                 |   |
| E17   | Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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.         | <p><b>Prescription n°7 :</b><br/>Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>       |                        | 14/06/2024  |

| 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) |
|---|---|---|--------------------------------|---|
|   |   |   |                                |   |
| E3  | Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.   |   |                                |   |
| E4  | 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><b>Prescription n°8 :</b></p> <p>Mettre en conformité fonctionnement du conseil de la vie social conformément à la règlementation, au niveau de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sa composition ;</li> <li>- sa fréquence ;</li> <li>- la signature</li> </ul> <p>le</p> <p>comptes rendus par le président ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- son règlement intérieur.</li> </ul> | <p><b>6 mois</b></p> <p>es</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) |
|---|--|--|------------------------|---|
|   |  |  |                        |   |
| E5  | Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et des recommandations de la HAS. |  |                        |   |
| E13   | Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF.              | <b>Prescription n°9 :</b><br>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. | 8 mois                 |   |
| E7  | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux                   |  |                        |   |

| 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) |
|---|--|--|------------------------|---|
|   | dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.   |  |                        |   |
| <b>E8</b>   | Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. |  |                        |   |
| <b>E15</b>  | Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.  |  |                        |   |
| <b>E6</b>   | Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations  | <b>Prescription n°10 :</b><br>Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires | <b>6 mois</b>          |   |

| 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) |
|---|--|--|------------------------|---|
|   | sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.  | exceptionnelles au sein des EHPAD.   |                        |   |
| R10   | L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement. | <p><b>Recommandation n°1 :</b><br/>S'assurer que l'IDEC dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.</p>            | 6 mois                 |   |
| R14   | L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.      | <p><b>Recommandation n°2 :</b><br/>Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.</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) |
|---|--|---|------------------------|---|
|   |  |   |                        |   |
| R6  | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure de gestion interne des événements indésirables. | <p><b>Recommandation n°3 :</b></p> <p>Etablir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une procédure de gestion interne événements indésirables ;</li> <li>- une procédure de signalement événements indésirables.</li> </ul> |                        |   |
| R8  | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une procédure de signalement des événements indésirables.     |   | 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
|   |  |   |                        |   |
| <b>R7</b>   | L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables. | <b>Recommandation n°4 :</b><br>Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables. | <b>4 mois</b>          |   |
| <b>R9</b>   | L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.                          | <b>Recommandation n°5 :</b><br>Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.                               | <b>3 mois</b>          |   |

|    |  |   |        |  |
|----|--|---|--------|--|
| R3 | L'établissement ne dispose pas, au jour d'un contrôle, d'un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents. | <p><b>Recommandation n°6 :</b><br/>Mettre en place un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents, puis, réaliser un bilan annuel des</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) |
|---|--|--|------------------------|---|
| R4  | L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.                          | réclamations et plaintes des usagers.  |                        |   |
| R2  | L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles. | <p><b>Recommandation n°7 :</b><br/>Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.</p> |                        | 14/06/2024  |

|           |  |  |               |  |
|-----------|--|--|---------------|--|
| <b>R5</b> | <p>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, au jour du contrôle.</p> | <p><b>Recommandation n°8 :</b><br/>Rédiger un plan d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.</p> | <b>3 mois</b> |  |
|-----------|--|--|---------------|--|

| 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) |
|---|---|------------------------|---|
|---|---|------------------------|---|

|     |   |  |  |            |
|-----|---|--|--|------------|
| R16 | <p>Le manque de précision concernant le temps de réponse moyen aux dispositifs d'appel malade ne permet pas l'exploitation des données.</p> | <p><b>Recommandation n°9 :</b><br/>           Transmettre à la mission de contrôle une note précisant le temps de réponse moyen aux dispositifs d'appel malade, en lien avec le relevé de données communiqué à la mission de contrôle.</p> |  | 14/06/2024 |
|-----|---|--|--|------------|

| 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) |
|---|---|------------------------|---|
|   |   |                        |   |
| R15<br>La procédure d'admission est incomplète.                               | <b>Recommandation n°10 :</b><br>Mettre à jour la procédure d'admission. | 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) |
|---|---|--|------------------------|---|
| R17   | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences et aux soins palliatifs.             | <b>Recommandation n°11 :</b><br>Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences et aux soins palliatifs.   | 2 mois                 |   |
| R13   | Le personnel de nuit ne dispose pas de fiche de tâches et les ASH ne disposent pas de fiches de postes. | <b>Recommandation n°12 :</b><br>Etablir <ul style="list-style-type: none"> <li>- une fiche de poste pour les ASH (agent de service et auxiliaire de gérontologie) ;</li> <li>- une fiche de tâches pour le personnel de nuit.</li> </ul> | 2 mois                 |   |
| R11   | Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.            | <b>Recommandation n°13 :</b><br>Transmettre le taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants (2020 à 2022).   |                        | 14/06/2024  |

|   |   |                        |   |
|---|---|------------------------|---|
| R12   | Le taux de turn-over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle. |                        |   |
| 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) |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

| 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'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif et daté. | <p><b>Recommandation n°14 :</b><br/>           Mettre à jour et dater l'organigramme.</p> | 1 mois |  |
|----|---|---|--------|--|