

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00431

Lille, le

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Stéphane Kubiak sis 11 rue de l'Avenir à OIGNIES (62590) 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 18 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16 janvier 2024.

Par courrier reçu par mes services le 8 février 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

Monsieur Alain DUCONSEIL
Président du conseil d'administration
Association La Vie Active
4 rue Beffara
62000 ARRAS

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 Richard CUFAY, directeur de l'établissement.

Pièce jointe :

- tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Stéphane Kubiak à OIGNIES (62590) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E6	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 agents de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches afin de garantir aux résidents une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E9	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, 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.	Prescription 2 : Positionner systématiquement du personnel qualifié le jour et la nuit en UVA afin d'assurer la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article D. 311-3 du CASF.	1 mois	
E10	La surveillance de nuit au sein de l'UVA n'étant pas assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E8	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		08/02/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 6 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		08/02/2024
E12	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 7 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF.	3 mois	
E2	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 sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et n'est pas annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 7 : Etablir un plan bleu conforme 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. Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E4	Les coordonnées du Conseil Départemental et de l'ARS ainsi que les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ne sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - faisant signer systématiquement les procès-verbaux de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - transmettant le règlement intérieur du CVS propre à l'établissement et établi lors de la 1^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	
R2	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 1 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement des formations réalisées et notamment celles concernant la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles.	1 mois	
R6	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et sensibilisations internes et externes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.			
R9	Les transmissions ne sont pas systématiquement ciblées.	Recommandation 2 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	5 mois	
R4	Le nouvel arrivant ne bénéficie pas d'un accompagnement par un pair.	Recommandation 3 : Organiser l'accompagnement par un pair du nouveau personnel arrivant.		08/02/2024
R3	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables graves.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables graves en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer		08/02/2024
R1	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations des usagers.	Recommandation 5 : Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R5	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 6 : Transmettre l'attestation de réussite au DU de Management et d'Organisation en Santé et Médico-Social en cours une fois celui-ci obtenu.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
R8	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 réalisées sur de manière occasionnelle suite à un incident ou une réclamation.	Recommandation 7 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.		08/02/2023
R7	Les procédures d'admissions sont incomplètes.	Recommandation 8 : Compléter les procédures d'admission.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
R10	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs.	Recommandation 9 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs.		08/02/2024
R12	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 10 : Transmettre la liste des protocoles avec la date de la dernière mise à jour.		08/02/2024