

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00153


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Saint-Landelin sis 43 rue de Bapaume à Vaulx Vraucourt (62159) 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 22 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 11 juin 2024.

Par courrier reçu par mes services le 04 juillet 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 Denis DELRUE
Président du Conseil d'Administration
Association Accueil et relais
15 rue Camille Corot
62223 SAINTE-CAMILLE

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 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.

Le Directeur général

Hugo GILARDI

Copie à Monsieur Antoine ROBINNE, directeur de l'établissement

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 Saint Landelin à VAULX VRAUCOURT initié le 22 mars 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 agents de 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. | <p>Prescription 1: Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1^o du CASF.</p> | 1 mois | |

| E10 | L'inconstance des effectifs présents par poste horaire | | |
|---|--|------------------------|---|
| 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) |
| (de jour et de nuit, y compris en UVA), en termes 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 ^o du CASF. | | | |
| E7 | <p>En ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.</p> <p>Prescription 2 : Dans le cadre d'une démarche de prévention et lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF; - Formaliser le dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ; - Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière; - Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers. | 3 mois | |
| R2 | L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes. | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| R3 | Le dispositif d'analyse des pratiques professionnelles n'est pas formalisé. | | |
|----|---|--|--|

| 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 d'enquête de satisfaction globale annuellement. | | | |

| | | | | |
|----|--|---|--|------------|
| E1 | <p>La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 3 janvier 2017.</p> | <p>Prescription 3 : Respecter l'arrêté d'autorisation.</p> | | 04/07/2024 |
|----|--|---|--|------------|

| 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) |
|--|---|---|-------------------------------|--|
| E4 | <p>Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.</p> | <p>Prescription 4 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p> | | |
| E5 | <p>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.</p> | | 4 mois | |

| | | | | |
|----|---|--|--|------------|
| E6 | <p>Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p> | | | |
| E3 | <p>L'ensemble des comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale n'est pas signé par la présidente contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.</p> | <p>Prescription 5 : Signer les comptes rendus de CVS par la présidente et les transmettre à la mission de contrôle.</p> | | 04/07/2024 |

| 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| | | | | |
| R1 | Les comptes rendus CVS de 2023 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle. | | | |
| E9 | Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | Prescription 6 : Indiquer les moyens que l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation. | 1 mois | |
| E11 | Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, périodiquement évalué 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 afin de respecter leur rythme de vie, conformément aux dispositions des articles L. | 2 mois | |

EURALILLE

| 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| E12 | <p>Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p> | 311-3 et 4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. | | |

| | | | | |
|-----|---|------------------|--|------------|
| E13 | Dans la mesure où la collation nocturne n'est | Prescription 8 : | | 04/07/2024 |
|-----|---|------------------|--|------------|

| 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) |
|---|---|---|------------------------|---|
| | 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. | Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | | |
| E2 | La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312176-5 du CASF. | Prescription 9 : Etablir un document unique de délégation pour le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF. | 1 mois | |
| R7 | La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables. | Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables en mentionnant la | 2 mois | |

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| R8 | <p>L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.</p> | <p>réalisation de RETEX et réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.</p> | | |
|----|---|---|--|--|

| | <p>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</p> | <p>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</p> | <p>Délai de mise en œuvre</p> | <p>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</p> |
|-----|---|--|--------------------------------------|---|
| | | | | |
| R12 | <p>La procédure d'admission est incomplète.</p> | <p>Recommandation 2 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.</p> | <p>2 mois</p> | |

| | | | | |
|----|---|---|--|------------|
| R6 | <p>Les informations transmises concernant le nombre de signalements effectué auprès de l'ARS n'est pas concordant avec le nombre de signalements transmis au point focal régional.</p> | <p>Recommandation 3 : Transmettre l'ensemble des signalements effectués auprès de l'ARS depuis 2020.</p> | | 04/07/2024 |
|----|---|---|--|------------|

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

| | | | | |
|-----|---|--|--------|--|
| R11 | <p>L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.</p> | <p>Recommandation 4 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.</p> | 4 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) |
|---|---|------------------------|---|
|---|---|------------------------|---|

| | | | | |
|-----|--|---|---------------|-------------------|
| | | | | |
| R10 | Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches. | Recommandation 5 : Etablir des fiches de tâches pour le personnel de l'établissement. | 3 mois | |
| R8 | 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 6 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. | | 04/07/2024 |

| 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) |
|---|---|--|------------------------|---|
| | | | | |
| R14 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie. | Recommandation 7 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations aux protocoles et à la déclaration des événements indésirables. | 1 mois | |
| R5 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la | | | |

| 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) |
|---|---|--|------------------------|---|
| | formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie. | | | |
| R13 | L'établissement n'a pas transmis l'étude sur les délais de réponse concernant le dispositif d'appel malade. | <p>Recommandation 8 : Transmettre l'étude sur les délais de réponse aux appels malades.</p> | 1 mois | |