

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00443

Lille, le

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Vallée de la Luce sis 7 rue de Blanc à CAIX (80170) 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 14 février 2024.

Par courrier reçu par mes services le 12 mars 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 Yann REBOULLEAU
Président de la SAS Résidence Vallée de Luce
7 rue de Blanc
80170 CAIX

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 Madame Mélodie LAMOUREUX, directrice 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 Résidence Vallée de la Luce à CAIX (80170) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, de jour comme de nuit, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et de respecter leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	1 mois	
E12	L'inconstance 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 sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-3° du CASF.			
E17	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E16	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 2 : 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 et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée	3 mois	
E9	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 présence du médecin coordonnateur et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF	3 mois	
E10	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.			
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	/	12/03/2024
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique de manière régulière, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF	4 mois	
E13	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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 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	
E14	Le RAMA n'est pas conforme aux articles D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 7 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF et transmettre le RAMA de l'année 2022.	3 mois	
R19	Le RAMA de l'année 2022 n'a pas été remis à la mission de contrôle.			
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF et transmettre les procès-verbaux pour l'année 2022 à la mission de contrôle.	3 mois	
R6	Les procès-verbaux pour l'année 2022 n'ont pas été remis à la mission de contrôle.			
E4	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 9 : 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'annexer au projet d'établissement	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 10 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	/	12/03/2024
E7	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, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 11 : Mettre en place des formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance au sein de l'établissement conformément 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.	3 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 12 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	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.			
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R21	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	Recommandation 1 : Etudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R11	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement. - Rédiger une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS). - Prévoir l'organisation de RETEX suite à l'analyse EIG survenus au sein de l'établissement. 	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).			
R13	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.			
R20	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R14	L'IDEC ne dispose pas au jour du contrôle de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 4: Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R23	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins	Recommandation 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir en concertation avec les équipes les protocoles relatifs aux troubles du 		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
	palliatifs et au circuit du médicament.	comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et au circuit du médicament et les transmettre à la mission de contrôle; - Former le personnel et transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes et sur les spécificités des personnes accueillies ; - Vérifier et faire appliquer les protocoles quotidiennement par le personnel ; - Évaluer les protocoles de façon périodique.	3 mois	
acxteR24	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			
R25	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.			
R18	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formation sur les spécificités des personnes accueillies.			
R26	Les protocoles ne sont pas utilisés et appliqués quotidiennement par le personnel.			
R27	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			
R7	L'établissement n'a pas transmis le bilan annuel des réclamations et plaintes de 2020, 2021 et 2022.	Recommandation 6 : Déployer davantage les politiques de prévention/lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement, en : <ul style="list-style-type: none"> - réalisant un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - réalisant des enquêtes de satisfaction globale de manière régulière ; - mettant en place un dispositif d'analyse 	6 mois	
R8	Les enquêtes de satisfaction de 2020, 2021, 2022 et 2023 n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.			
R9	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	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.	des pratiques professionnelles		
R22	Les transmissions orales ne sont pas organisées en pluridisciplinarité lors des changements de poste jour/nuit.	Recommandation 7 : Mettre en œuvre et organiser en pluridisciplinarité les transmissions orales lors des changements de poste au sein de l'établissement.	1 mois	
R17	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE, les ASH et le personnel de nuit.	Recommandation 8 : Rédiger les fiches de tâches pour les IDE, les ASH et le personnel de nuit.	1 mois	
R15	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevées sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 9 : Transmettre le taux de turn-over des effectifs soignants des 3 dernières années à la mission de contrôle, étudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions	3 mois	
R16	Le taux de turn-over des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R2	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	Recommandation 10 : Formaliser l'organisation des astreintes	1 mois	
R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation 11 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	/	12/03/2024
R4	Les liens entre le directeur d'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisés.	Recommandation 12 : Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R5	Le CODIR ne se réunit pas de manière régulière.	Recommandation 13 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	
R1	En l'absence de liens fonctionnels, l'organigramme, non daté, non nominatif, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	Recommandation 14 : Transmettre un organigramme nominatif, daté et à jour et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel de l'EHPAD.	/	12/03/2024