



Lille, le **05 JUIL. 2024**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00098
[REDACTED]

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Monsieur Nicolas SALVI
Directeur général
Centre hospitalier de Fourmies
Rue de l'Hôpital
59611 FOURMIES CEDEX

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Victor Delloue sis 36, rue Victor Delloue à Fourmies (59611) initié le 23 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Victor Delloue sis 36, rue Victor Delloue à Fourmies (59611) 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 23 février 2024.

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

Par courrier reçu le 14 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.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, 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 dates 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.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER



Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Victor Delloue à FOURMIES (59611) initié le 23 février 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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH ; 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 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.</p>	1 mois	
E15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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>Prescription 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	/	14/06/2024
E14	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé élaboré dans les 6 mois suivants l'admission et réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<p>Prescription 3 : - Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D.311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée. - Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.</p>	/	14/06/2024
R18	La procédure relative au référent « résident » manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé, le suivi et l'actualisation.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<p>Prescription 4 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.</p>	3 mois	
E10	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui	<p>Prescription 5 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est</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)
	contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF et transmettre la répartition en ETP de ses missions de coordination et de prescription.		
R12	L'établissement n'a pas précisé la répartition de l'ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.			
E7	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.			
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Prescription 6 : - Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		
R8	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).	- Etablir une procédure de gestion interne des événements indésirables; - Etablir une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS). - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement.	3 mois	
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			
E1	La Commission de Coordination Gériatrique n'a pas été réunie depuis 2017 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	Prescription 7 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	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)
E11	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 8 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général 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	
E4	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 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	
E12	Le RAMA 2022 n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur ce qui contrevient à l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription 10 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement et transmettre le RAMA de l'année 2023 à la mission de contrôle.	3 mois	
R16	Le RAMA de l'année 2023 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.311-5, D.311-16, D.311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 11 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D.311-5, D.311-16, D.311-19 et D. 311-20 du CASF et transmettre le règlement intérieur du CVS à la mission de contrôle	6 mois avec un suivi d'étape à 3 mois.	
R2	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E6	Les livrets d'accueil ne sont pas conformes aux dispositions de	Prescription 12 :	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)
	l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Mettre en conformité les livrets d'accueil conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et les mettre à jour ainsi que la procédure de signalement de situations complexes et dramatiques en EHPAD		
R3	Les livrets d'accueil transmis à la mission de contrôle n'ont pas été mis à jour depuis 2015.			
R4	La procédure de signalement de situations complexes et dramatiques en EHPAD n'a pas été mise à jour depuis 2012.			
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 13 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour) 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 au sein de l'EHPAD contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 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.			
R11	L'établissement n'a pas transmis le nombre de séquences de travail et le nombre de jours travaillés des personnes recrutées en CDD pour les 3 derniers mois à la mission de contrôle.	Recommandation 1 : Transmettre le nombre de séquences de travail et le nombre de jours travaillés des personnes recrutées en CDD pour les 3 derniers mois à la mission de contrôle.	/	14/06/2024
R17	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été mise à jour depuis 2015.	Recommandation 2 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		
R5	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.	Recommandation 3 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	6 mois	
R19	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, contrairement aux recommandations de bonnes			

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)
	pratiques professionnelles de la HAS.			
R20	Les transmissions ne sont pas toutes ciblées.	Recommandation 4 : Mettre en place les transmissions ciblées au sein de l'établissement, organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel, et transmettre les feuilles d'émargement.	5 mois	
R21	L'ensemble des professionnels n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
R22	Au jour du contrôle, la liste des protocoles avec la date de leur dernière mise à jour n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 5 : Transmettre la liste des protocoles avec la date de leur dernière mise à jour à la mission de contrôle.	4 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil et d'un livret d'accueil spécifique au personnel de l'EHPAD.	Recommandation 6 : Etablir une procédure d'accueil et un livret d'accueil spécifique au personnel de l'EHPAD.	/	14/06/2024
R10	La procédure d'accueil d'un nouvel agent et/ou stagiaire n'a pas été mise à jour depuis 2013.			
R15	L'ASH aux soins ne dispose pas de fiche de poste et de tâches jour/nuit.	Recommandation 7 : Rédiger et transmettre la fiche de poste et de tâches jour/nuit pour l'ASH aux soins selon les missions qui lui sont normalement octroyées.	1 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste du directeur délégué à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre la fiche de poste du directeur délégué à la mission de contrôle.	/	14/06/2024
R13	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années.		
R14	Le taux de turn over des effectifs soignants des 3 dernières années n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			