

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00270



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Védastine DOUBLET
Directrice
EHPAD Résidence Arnoul
65 rue Montluc
62610 ARDRES

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RÉCEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Arnoul sis 65 rue Montluc à Ardres (62610) initié le 16 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Arnoul sis 65 rue Montluc à Ardres (62610) 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 16 avril 2024.

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

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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 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 Résidence Arnoul à ARDRES (62610) initié le 16 avril 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	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 ASHQ ; 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 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ; prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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	La surveillance de l'UVA le jour n'étant pas systématiquement assurée par du personnel 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 du personnel qualifié le jour au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E8	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	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.	3 mois	
E6	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.	Prescription 4 : Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement puis le transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	
E2	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E3	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, 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 de contrôle (par ordre de priorité)		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)
E7	La réalisation d'un avenant dans un délai maximal de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E1	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 6 : Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	1 mois	
E9	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.	Prescription 7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
R6	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées régulièrement.	Recommandation 1 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais soient corrects.	1 mois	
R5	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 2 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)		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)
R3	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 3 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	Recommandation 4 : Etablir les protocoles relatifs à la prévention de l'incontinence et à la fin de vie.	3 mois	
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 5 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R1	Les 3 derniers comptes rendus de réunions avec l'organisme gestionnaire n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de réunions avec l'organisme gestionnaire à la mission de contrôle.	1 mois	
R4	Le taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants pour 2021, 2022 et 2023.	1 mois	