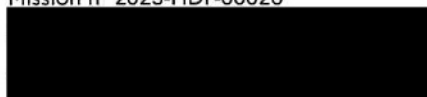


Lille, le 22 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00026



Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Bruno PETIT  
Directeur de l'EHPAD La Baronnie  
du Val de Lys  
Place Augustin Vandaele  
59660 HAVERSKERQUE

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD La Baronnie du Val de Lys sis place Augustin Vandaele à Haverskerque (59660), initié le 28 février 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Baronnie du Val de Lys sis place Augustin Vandaele à Haverskerque (59660) 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 28 février 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 12 juin 2023.

Par courrier reçu le 6 juillet 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

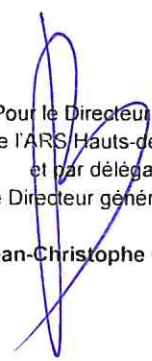
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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](mailto: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 La Baronnie du Val de Lys à HAVERSKERQUE (59660) initié le 28/02/2023**

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)
E10	L'inconstance des effectifs en nombre et en qualification présents la journée par poste horaire ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 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)
E7	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.			

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	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	1 mois	
E9	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.			

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)
E5	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 3 : Transmettre les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.	1 mois	
E13	Chaque résident ne dispose pas au jour du contrôle d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 4 : Rédiger et mettre en place un projet d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents.	3 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)
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique en application des articles D. 312-158, 3°, 8° et 10° du CASF.	<b>3 mois</b>	
E14	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 6 : Proposer aux résidents une collation nocturne de manière systématique conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Dès réception du courrier</b>	

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)
E6	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.	Prescription 7 : Déclarer les EI et EIG conformément à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>3 mois</b>	
E12	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en place un rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	<b>6 mois</b>	



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)
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en vigueur ce qui est contraire à l'article L311-8 du CASF.	<p>Prescription 9 : Mettre à jour ou créer les outils de la loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger un projet d'établissement qui devra contenir un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (plan bleu);</li> <li>- Rédiger un règlement de fonctionnement ;</li> <li>- Mettre à jour le livret d'accueil ;</li> <li>- Rédiger un projet général de soins ;</li> <li>- Réviser la procédure d'admission ;</li> <li>- Mettre à jour la procédure d'accueil du nouvel arrivant ;</li> </ul> <p>Mettre à jour le livret d'accueil du nouvel arrivant.</p>	9 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.			
E4	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et 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 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)
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins au jour du contrôle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
R10	La procédure d'admission est incomplète.			
R7	La procédure d'accueil du nouvel arrivant est incomplète.			
R6	Le livret d'accueil du nouvel arrivant et du stagiaire est incomplet.			
R11	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, ces derniers n'étant pas renseignés lors de l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.	Recommandation 1 : Prendre en compte les rythmes de vie individuels dans les rythmes de vie collective et respecter les projets d'accompagnement personnalisé.	Dès réception du courrier	

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)
R15	Le personnel n'est pas formé aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	Recommandation 2 : Former l'ensemble du personnel aux protocoles de prises en charge spécifiques.	3 mois	
R3	L'EHPAD n'a pas adopté une démarche qualité et gestion des risques portant sur l'ensemble des processus en développant des actions d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 3 : Formaliser un plan d'action s'inscrivant dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 4 : Formaliser et mettre en application une procédure de gestion interne et externe des EI et EIG.	3 mois	
R5	Le personnel n'est pas formé ou sensibilisé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 5 : Former l'ensemble du personnel à la déclaration des EI et EIG.	3 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)
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Transmettre à la mission de contrôle le taux de turn over des équipes pour les années 2020, 2021 et 2022 et étudier les causes des taux élevés d'absentéisme des équipes afin d'identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	Le taux de turn over des équipes n'a pas été transmis à la mission de contrôle			
R2	Aucune modalité d'intérim n'est définie en cas d'absence de la direction.	Recommandation 7 : Définir et formaliser les modalités d'intérim en cas d'absence de la direction.	3 mois	
R14	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	Recommandation 8 : Former l'ensemble du personnel aux transmissions ciblées.	3 mois	
R13	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			

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)
R12	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 9 : Mettre en place une procédure d'analyse des délais de réponse aux dispositifs d'appel malade dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.	3 mois	
R1	Le directeur d'établissement ne dispose pas de fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	Recommandation 10 : Formaliser une fiche de poste pour le directeur de l'établissement.	1 mois	