

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00322
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Julien DUPAIN
Directeur général
CH de LAON
33 rue Marcelin Berthelot
02000 LAON

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence César d'Estrées situé à Rue Devisme à LAON (02000) initié le 16 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence César d'Estrées situé à Rue Devisme à LAON (02000) 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 24 septembre 2024.

Par courriel reçu le 17 octobre 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 administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



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 César d'Estrées à LAON (02200) initié le 16 avril 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)
E1	La capacité déclarée installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée mentionnée sur l'arrêté d'autorisation du 21 juillet 2022.	Prescription n°1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	1 mois	
E11	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 professionnels non diplômés ; 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'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°2 : Entreprendre les démarches permettant de prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, en nombre et en qualification (supprimer les glissements de tâches) et transmettre un échéancier afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF.	Immédiat	
E15	Au regard de l'insuffisance des effectifs, identifiée à travers les déclarations de l'établissement, la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L311-3, 1 ^o du CASF n'est pas garantie.			
R11	Les AS et les AVS bénéficient de fiches de tâches globalisées sans qu'aucune distinction ne soit réalisée entre les missions des AS, et celles des AVS, démontrant ainsi des glissements de tâches.			
E12	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312156 du CASF.	Prescription n°3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour atteindre un temps de coordination médicale conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Immédiat	

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)
E13	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'une capacité de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordinateur d'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-157 du CASF.	Prescription n°4 : Transmettre le diplôme interuniversitaire de médecine de la personne âgée du médecin coordonnateur, ou l'inscrire une formation de manière à satisfaire aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E14	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 mois	
E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°6 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E3	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°7 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L3116 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails page 11 du rapport de contrôle).	6 mois	
E20	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°8 : Transmettre un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé permettant à la mission de contrôle de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	1 mois	
R13	En l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les projets d'accompagnement personnalisé sont accessibles à tous et mis en œuvre.	Recommandation n°1 :	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)
R12	Les modalités d'élaboration et de réactualisation des projets d'accompagnement personnalisé ne font pas l'objet d'une procédure spécifique.	Formaliser une procédure relative aux modalités d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé décrivant précisément le processus, le rôle de chaque catégorie professionnelle et l'implication des résidents, de leurs familles et de l'équipe pluridisciplinaire.		
E21	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 n°9 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Immédiat	
E10	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°10 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	1 mois	
E9	Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme 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.	Prescription n°11 : Réviser le livret d'accueil, en : <ul style="list-style-type: none"> ⑦ révisant les modalités de facturation aux usagers, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD mentionné dans l'annexe 2-3-1 du CASF ; ⑦ y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF ; ⑦ y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au 		
E8	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD et en n'annexant pas la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, le livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'annexe 23-1 et de l'article D311-39 du CASF.		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)
		<p>développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; - les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 		
E19	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	<p>Prescription n°12 :</p> <p>Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. page 30 du rapport de contrôle).</p>	3 mois	
E7	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	<p>Prescription n°13 :</p> <p>Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement, et faire figurer ces modalités dans le contenu du règlement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.</p>	6 mois	
E4	En ne constituant pas un document opérationnel, en n'étant pas validé, et en l'absence de consultation du CVS et de précisions sur la manière dont il a été élaboré, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	<p>Prescription n° 14 :</p> <p>Réviser le projet d'établissement par une démarche participative (professionnels + résidents) afin d'en faire notamment un document opérationnel, avant de le valider et de le soumettre pour avis au CVS</p>	6 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)
		conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.		
E17	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°15 : Formaliser un projet de soins élaboré par le médecin coordonnateur de l'EHPAD avec le concours de l'équipe soignante, et l'intégrer au projet d'établissement de l'EHPAD, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E16	Le projet général de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E6	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°16 : Réviser le plan bleu conformément aux dispositions des articles R311-38-1 et 2 du CASF et aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	6 mois	
E5	Le plan bleu n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
E18	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°17 : Rédiger annuellement un RAMA conformément aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	3 mois	
R14	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°2 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	
R5	En l'absence de précision sur le système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, et en raison de la faible représentativité des résultats des enquêtes de satisfaction, la mission de contrôle ne peut	Recommandation n°3 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en formalisant le processus d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, et en	6 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)
	d'assurer qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité est suffisamment déployée au sein de l'établissement.	assurant une meilleure représentativité des résultats des enquêtes de satisfaction annuelles par une participation plus conséquence des résidents.		
R18	Les protocoles et les procédures, ne sont pas révisé(e)s systématiquement périodiquement.	Recommandation n°4 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R4	La procédure de « lutte contre la maltraitance – promotion de la bientraitance » ne mentionne pas les modalités précises de signalement des actes de maltraitance aux autorités administratives et judiciaires.	Recommandation n°5 : Réviser la procédure de « lutte contre la maltraitance – promotion de la bientraitance » en y intégrant notamment les obligations légales en matière de signalement aux autorités administratives (ARS et CD) et judiciaires (Procureur de la république).	3 mois	
R7	Aucune procédure interne n'aborde les démarches de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves au conseil départemental de l'Aisne, et ne précise les modalités de déclaration des événements indésirables liés aux soins, notamment par le biais du « portail national des signalements ».	Recommandation n°6 : Formaliser dans une procédure les modalités de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ¹ .	3 mois	
R8	En l'absence de transmission des comptes rendus de RETEX, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la méthodologie est correctement déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°7 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 mois	

¹ La mission de contrôle rappelle que les modalités de signalement sont précisées sur le site de l'ARS, accessible via ce lien : [Je travaille en établissement médico-social | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](http://www.sante.fr)

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)
R16	L'établissement ne dispose pas des protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, et au circuit du médicament.	Recommandation n°8 : Formaliser les protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs, et au circuit du médicament.	4 mois	
R9	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas de procédure spécifique dédiée au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants salariés, et les professionnels ne bénéficient pas d'un livret d'accueil à jour.	Recommandation n°9 : Finaliser la formalisation d'une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant, en précisant les tâches à accomplir par chaque catégorie professionnelle avant et à l'arrivée d'un nouveau salarié, et réviser le livret d'accueil à destination des professionnels.	3 mois	
R6	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne sur la déclaration et la gestion des événements indésirables, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°10 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none">la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables ;les protocoles et les procédures internes ;les transmissions ciblées.	3 mois	
R17	L'établissement n'organise pas de sensibilisation interne aux protocoles / procédures.			
R15	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne sur les transmissions ciblées, ce qui ne permet pas de les valoriser.		1 mois	
R10	La direction n'a pas transmis les taux d'absentéisme et de turn over des équipes.	Recommandation n°11 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des équipes pour les années 2021, 2022 et 2023.		
R19	En l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement a conclu des conventions de partenariat avec d'autres organismes.	Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle des précisions sur les conventions de partenariat conclus.	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)
R3	Les réunions institutionnelles, de type CODIR, ne font pas l'objet d'une traçabilité, notamment par le moyen de comptes rendus.	Recommandation n°13 : Formaliser des comptes rendus ou des relevés de décision pour toutes les réunions institutionnelles, dont les CODIR internes.	2 mois	
R2	En l'absence de précision, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la composition du CODIR, est de nature à garantir des réunions efficientes sur le traitement des sujets en lien avec la gouvernance de l'établissement.	Recommandation n°14 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les membres participants du CODIR.	1 mois	17/10/2024
R1	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation n°15 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	1 mois	