

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00356



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Le Château situé au 8 bis rue du Château à ECAILLON (59176) 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 06 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 30 septembre 2024.

Par courriel reçu par mes services le 29 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.

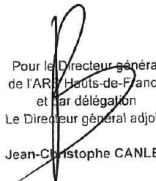
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Delphine LANGLET
Directrice générale
Fondation Partage & Vie
11 rue de la Vanne
92126 MONTROUGE

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice générale, 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 Dorothee MIGNOLET, la 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 Le Château à ECAILLON (59176) initié le 06 mai 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)
E9	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aidesoignant, 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'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : 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° du CASF.	6 mois	

E12	Au regard de l'insuffisance des effectifs, notamment IDE, 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° du CASF n'est pas garantie.		
------------	--	--	--

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)
---	---	------------------------	--

E15	<p>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.</p>	<p>Prescription n°2 :</p> <p>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.</p>	6 mois	
E10	<p>Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p>	<p>Prescription n°3 :</p> <p>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.</p>	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)
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : 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	29 octobre 2024

E1	En raison de l'absence de la professeure APA, des infirmiers salariés de l'établissement, et d'un membre du CVS, ainsi que de la faible participation des professionnels libéraux, la composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	Prescription n°5 : Intégrer à la composition de la prochaine commission de coordination gériatrique, la professeure APA, les infirmiers salariés de l'établissement, un membre du CVS, et inciter les professionnels libéraux à participer conformément aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	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)
---	---	------------------------	--

E2	<p>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.</p>	<p>Prescription n°6 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails page 12 du rapport de contrôle).</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)
E6	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le livret d'accueil contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF.	<p>Prescription n°7 :</p> <p>Revoir les modalités de facturation aux usagers mentionnées dans le livret d'accueil, 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.</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)
E8	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°8 : 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	29 octobre 2024

E7	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°9 : Réviser le livret d'accueil en y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <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. 	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)
---	---	------------------------	--

E5	En ne respectant pas une périodicité de modification (maximum 5 ans) et 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°10 :</p> <p>Réviser périodiquement le règlement de fonctionnement, et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.</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)
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°11 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins, et en y annexant un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, conformément aux dispositions des articles L311-8, D312-158 et D312-160 du CASF.	12 mois	
E13	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			
E4	Le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			

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)
E14	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°12 : Rédiger un RAMA conformément aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF, et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique.	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)
---	---	------------------------	--

R7	Les professionnels soignants et d'hôtellerie ne bénéficient pas de fiches de tâches.	<p>Recommandation n°1 :</p> <p>Formaliser des fiches de tâches en fonction des secteurs et des postes occupés pour les professionnels soignants et d'hôtellerie.</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)
R2	La direction n'a pas apporté de précision sur le système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, et n'a pas transmis les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées en 2021, 2022 et 2023.	Recommandation n°2 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en formalisant le processus de recueil, d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, et en transmettant les résultats des enquêtes de satisfaction annuelles.	3 mois	

R4	Au jour du contrôle, la méthodologie des RETEX n'est pas correctement déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°3 : 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	
-----------	--	--	---------------	--

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	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation n°4 : 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 transmissions ciblées. 	6 mois	
R11	L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées.			

R8	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.		
-----------	--	--	--

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	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux troubles du comportement, à l'hydratation, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°5 : Formaliser un protocole relatif aux troubles du comportement, à l'hydratation, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	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)
---	---	------------------------	---

R9	La procédure de « préadmission et d'admission en établissement médico-social » d'un résident n'a pas été révisée depuis février 2017.	Recommandation n°6 : Réviser la procédure de « préadmission et d'admission en établissement médicosocial » d'un résident.	3 mois	
R10	La procédure concernant le « projet personnalisé » ne comporte aucune mention indiquant sa validation et son approbation en interne.	Recommandation n°7 : Formaliser une procédure relative au « projet personnalisé » en veillant à la faire valider et approuver, avant de la diffuser en interne.	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)
R1	La procédure relative à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance formalisée en interne, n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation n°8 : Transmettre la procédure formalisée en interne relative à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance.	1 mois	29 octobre 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)
R13	Les protocoles et les procédures, ne sont pas systématiquement révisé(e)s périodiquement.	Recommandation n°9 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R5	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°10 : Étudier les causes des taux d'absentéisme et de turn over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R6	L'établissement a précisé des taux de turn over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			

