

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00393



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Charmilles sis 1411 rue Jean Jaurès à SAINT-SAULVE (59880) 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 12 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 14 février 2025.

Par courrier reçu le 7 mars 2025, 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.

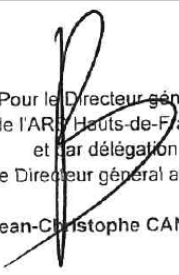
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Nathalie LAMBERT
Directrice
CCAS de SAINT-SAULVE
140 rue Jean Jaurès
59880 SAINT-SAULVE

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, 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 Monsieur Reynald LECLERCQ, directeur 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 Les Charmilles à SAINT-SAULVE (59880) initié le 12 juillet 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)
E10	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 AVS ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État 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 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 et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle.		07/03/2025

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)
E9	La surveillance de nuit au sein de l'UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 2 : Prévoir quotidiennement, le jour et la nuit, les effectifs suffisants en nombre et en qualification au sein de l'UVA 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.		07/03/2025
E8	En l'absence de personnel dédié à l'UVA, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1 du CASF.			
E1	La directrice de l'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	Prescription 3 : Transmettre l'attestation de réussite de la formation de la directrice afin de se conformer aux articles D. 312-176-6 à 9 du CASF.		07/03/2025

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	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E14	Au jour du contrôle, l'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : 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.		07/03/2025

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	Le plan bleu n'est pas conforme 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 n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 6 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.		07/03/2025
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 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.		07/03/2025
E12	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 cosigné par le médecin coordonnateur.	Prescription 8 : Faire signer le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à la réglementation.		07/03/2025

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)
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 9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et 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 contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E6	En l'absence de précisions concernant les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, les coordonnées du Conseil Départemental et la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et de 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)
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et R. 314-149 II du CASF et du décret n°2002-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. - révisant la composition du CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF. - faisant systématiquement signer les comptes rendus de réunions du CVS par le président du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - révisant le règlement intérieur du CVS et en le faisant valider lors de la 1^{ère} réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 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)
R1	Les modalités d'organisation des astreintes de direction ne sont pas formalisées en cas d'absence de la directrice.	Recommandation 1 : Formaliser l'organisation des astreintes de direction afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	1 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation 2 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	1 mois	
R3	La participation de la directrice aux conseils d'administration n'est pas garantie.	Recommandation 3 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de conseils d'administration auxquels la directrice a participé.		07/03/2025

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)
R8	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation spécifique au métier d'encadrement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2008.	Recommandation 4 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.		07/03/2025
R11	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations internes et externes.	Recommandation 5 : Organiser des formations internes et externes notamment concernant la déclaration des événements indésirables et les protocoles. Transmettre les feuilles d'émargement des formations réalisées.	6 mois	
R7	L'établissement n'organise pas régulièrement de formations du personnel à la déclaration des événements indésirables.			
R15	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de			

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)
	sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.			
R13	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 6 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais soient corrects.		07/03/2025
R4	Au jour du contrôle, l'établissement ne réalise pas de bilan annuel des plaintes et réclamations.	Recommandation 7 : Réaliser le bilan annuel des plaintes et réclamations.	3 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement auprès de l'ensemble des résidents.	Recommandation 8 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.		07/03/2025

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)
R6	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 9 : Rédiger un plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.		07/03/2025
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Compléter la procédure d'admission.		07/03/2025
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et à la fin de vie.	Recommandation 11 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et à la fin de vie.	3 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)
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 12 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R9	Les taux d'absentéisme et de turnover des effectifs soignants n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turnover des effectifs soignants pour 2022, 2023 et 2024.	1 mois	
R10	L'établissement n'a pas transmis la fiche de tâches des AVS.	Recommandation 14 : Transmettre la fiche de tâches des AVS.		07/03/2025