

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00264

[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Inès GUESDON
Directrice
EHPAD Résidence des Deux Châteaux
1 rue du Parc
60350 ATTICHY

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence des Deux Châteaux sis 3 place Aristide Briand à TRACY-LE-MONT (60170) initié le 3 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence des Deux Châteaux sis 3 place Aristide Briand à TRACY-LE-MONT (60170) 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 3 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 1^{er} février 2025.

Par courrier reçu le 10 février 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

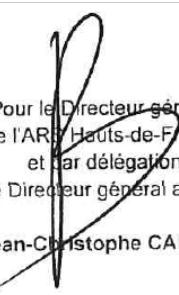
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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

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 leur 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 des Deux Châteaux à TRACY-LE-MONT (60170) initié le 3 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)
E8 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 ASH affectés aux soins ; 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.	<p>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^o du CASF et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle.</p>	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)
E3	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu 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 de l'EHPAD.	Prescription 2 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 puis l'intégrer ou l'annexer au projet d'établissement.	6 mois	
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E7	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	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)
E9	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 5 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E10	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 6 : Faire signer le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement, conformément à la réglementation.	1 mois	
E4	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient aux dispositions du Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription 7 : Se conformer à la réglementation en mettant à disposition une connexion internet dans les chambres des résidents	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)
E2	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.			
E5	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil formalisé conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	<p>Prescription 8 :</p> <p>Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p>	6 mois	
E11	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311 et R. 314-149 III du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.			

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)
E1	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	<p>Prescription 9 :</p> <p>Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. -faisant systématiquement signer les comptes-rendus de réunions du CVS par la présidente du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF. -faisant valider le règlement intérieur du CVS lors de la 1^{ère} réunion du CVS en place conformément à l'article D. 311-19 du CASF. 	3 mois	
E12	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.	<p>Prescription 10 :</p> <p>Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>		10/02/2025

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)
R5	La liste des effectifs transmise ne permet pas de s'assurer ni de l'adéquation des diplômes des professionnels avec les fonctions exercées ni de la vérification régulière des extraits de casiers judiciaires.	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Transmettre un tableau récapitulatif et nominatif des personnels rémunérés de l'EHPAD à M-1 précisant pour chacun d'entre eux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fonction occupée, - la nature du diplôme obtenu et la date de son obtention, - la date de demande de l'extrait de casier judiciaire (bulletin n°2 ou 3), - le temps de travail (ETP), - l'ancienneté, - le type de contrat de travail (CDI, CDD, intérim), - si le personnel occupe un poste de jour ou de nuit et son secteur d'affectation, - le cas échéant les absences/congés longs (maladie, maternité). 	1 mois	
R11	Le document transmis ne permet pas à la mission de contrôle d'identifier les professionnels intervenant au sein de la Résidence Bernard de Tracy-le-Mont ainsi que le type de poste qu'ils occupent (jour ou nuit).			
R12	Les qualifications et diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	<p>Recommandation 2 :</p> <p>Transmettre les qualifications et diplômes du médecin coordonnateur.</p>	1 mois	
R14	Les IDEC ne disposent pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2008.	<p>Recommandation 3 :</p> <p>Engager les IDEC dans des actions de formation dédiée à l'encadrement.</p>	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)
R22	L'établissement n'a pas transmis d'informations relatives à la charge de travail par agent (nombre de toilettes réalisées par agent).	Recommandation 4 : Transmettre la charge de travail par agent (le nombre de toilettes réalisées par agent).	1 mois	
R2	Sachant que les comptes rendus de CODIR n'ont pas été transmis pour les mois de mai, juin et juillet 2024, les CODIR ne sont pas organisés de manière régulière.	Recommandation 5 : Organiser des CODIR de manière régulière et rédiger leurs comptes rendus.		10/02/2025
R4	L'établissement ne dispose pas d'un protocole de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.	Recommandation 6 : Etablir un protocole de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.	3 mois	
R20	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi des projets personnalisés, la mission de contrôle ne peut s'assurer de l'élaboration de l'ensemble des projets personnalisés ainsi que de leur évaluation annuelle.	Recommandation 7 : Transmettre un tableau de suivi des projets personnalisés indiquant la date d'entrée des résidents, la date du projet en vigueur ainsi que la date prévisionnelle de l'évaluation.	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)
R21	L'établissement n'a pas transmis de protocole d'élaboration des projets personnalisés.	Recommandation 8 : Etablir un protocole d'élaboration des projets personnalisés.		10/02/2025
R23	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 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.		10/02/2025
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 10 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations réalisées en 2022, 2023 et 2024 notamment concernant : - la déclaration des événements indésirables, - les transmissions ciblées, - les protocoles.	1 mois	
R18	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.			

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)
R24	En l'absence de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R27	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.			
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 11 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R7	L'établissement n'a pas transmis de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 12 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	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)
R8	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 13 : Transmettre à la mission de contrôle le plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.	1 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil du nouvel arrivant ni de livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 14 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R19	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 15 : Compléter la procédure d'admission.	1 mois	
R17	Les fiches de tâches des agents en service la nuit et du service restauration n'ont pas été révisées depuis 2010 ou 2012.	Recommandation 16 : Réviser les fiches de tâches.	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)
R25	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 17 : Elaborer, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux urgences, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	6 mois	
R26	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.			
R3	En l'absence de transmission de comptes rendus de commission de coordination gériatrique, la mission de contrôle ne peut garantir que celle-ci est organisée de manière régulière.	Recommandation 18 : Transmettre les comptes rendus de commission de coordination gériatrique.	1 mois	
R13	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste du médecin coordonnateur.	Recommandation 19 : Transmettre la fiche de poste du médecin coordonnateur.		10/02/2025

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)
R16	L'établissement n'a pas transmis les fiches de tâches relatives aux IDE ainsi qu'aux AS et ASH intervenant au sein de la résidence Bernard de Tracy-le-Mont.	Recommandation 20 : Transmettre les fiches de tâches relatives aux IDE ainsi qu'aux AS et ASH intervenant au sein de la résidence Bernard de Tracy-le-Mont.		10/02/2025
R15	L'établissement n'a pas transmis les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour 2021, 2022 et 2023.	Recommandation 21 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des effectifs soignants pour 2021, 2022 et 2023.	1 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation 22 : Dater l'organigramme.	1 mois	