

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00249



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Claire DEMOULIN
Directrice
EHPAD Le Château
2 rue du Château
60620 ANTILLY

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Le Château sis 2 rue du Château à Antilly (60620) initié le 15 avril 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Le Château sis 2 rue du Château à Antilly (60620) 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 15 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 4 octobre 2024.

Par courrier reçu le 25 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.



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 Le Château à ANTILLY (60620) initié le 15 avril 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)
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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASHQ ; 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 et transmettre un échéancier ; prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité respectant les rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	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)
E9	L'insuffisance des effectifs présents en termes de qualification des agents ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E12	Au regard de la charge de travail du personnel et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E6	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 2 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance conformément à la réglementation.	2 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)
E11	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : 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.	3 mois	
E4	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 des EHPAD, ni intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 4 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : 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	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<i>par ordre de priorité</i>)		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 et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF.	Prescription 6 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E10	Les modalités d'organisation des soins palliatifs ne sont pas suffisamment présentées dans le projet de soins ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-5 du CASF.	Prescription 7 : Préciser les modalités d'organisation des soins palliatifs dans le projet de soins conformément aux dispositions de l'article D. 311-38-5 du CASF.	3 mois	
E3	En l'absence de consultation du CVS ou une autre forme de participation, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 8 : Soumettre le projet d'établissement pour avis au CVS ou une autre forme de participation conformément à l'article L. 311-8 du CASF.		25/10/2024

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)
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.	Prescription 9 : Réviser le règlement de fonctionnement conformément à l'article R. 311-33 du CASF puis le transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
E2	Le règlement intérieur n'a pas été établi par le CVS dès sa 1ère réunion et n'est pas à jour contrairement aux dispositions de l'article D. 311-19 du CASF et du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.	Prescription 10 : Mettre à jour le règlement intérieur du CVS conformément aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation et le faire 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)
E13	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 11 : 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.		25/10/2024
R4	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 1 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles. Transmettre les feuilles d'émargement et organiser ces formations de manière régulière.	3 mois	
R12	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation de sensibilisations sur les protocoles 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)
R5	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 2 : Réaliser des RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	3 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 3 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R2	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations des usagers.	Recommandation 4 : Réaliser un bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers.	3 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R7	Les procédures d'admission sont incomplètes.	Recommandation 6 : Compléter les procédures d'admission.	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)
R9	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.	Recommandation 7 : Formaliser un protocole d'élaboration des projets personnalisés.	3 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas d'un document relatif à la programmation annuelle d'élaboration et de révision des projets personnalisés.	Recommandation 8 : Etablir un tableau de suivi concernant la programmation annuelle d'élaboration et de révision des projets personnalisés puis le transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	
R10	En l'absence de transmission de résultats, la réalisation d'études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière n'est pas garantie.	Recommandation 9 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et transmettre les résultats à la mission de contrôle.	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)
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	Recommandation 10 : Etablir les protocoles relatifs aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	6 mois	
R6	L'établissement n'a pas transmis de fiche de poste relative aux ASH.	Recommandation 11 : Transmettre la fiche de poste concernant les ASH.	1 mois	