

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00394



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Dominique DESCHILDRE  
Directeur  
EHPAD Les Myosotis  
Rue de l'Eglise  
59189 STEENBECQUE

### LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Myosotis sis rue de l'Eglise à STEENBECQUE (59189) initié le 8 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Myosotis sis rue de l'Eglise à STEENBECQUE (59189) 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 8 juillet 2024.

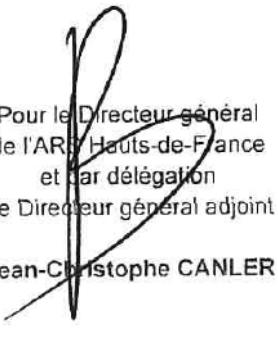
Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 15 octobre 2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

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](mailto: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 Les Myosotis à STEENBECQUE (59189) initié le 8 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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de 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><b>Prescription 1 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents.</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)
<b>E12</b>	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire ( <i>de jour et de nuit</i> ), en termes de nombre et 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 <sup>o</sup> du CASF.			
<b>E11</b>	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> 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.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>E7</b>	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.	<b>Prescription 3 :</b> Dans le cadre d'une démarche de prévention et lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité : - Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF ; - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles ; - Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière ; - Réaliser un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects ;	<b>3 mois</b>	
<b>R4</b>	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.			
<b>R5</b>	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			

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)
<b>R6</b>	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	et tenir compte de ces résultats pour établir un plan d'actions qualité.		
<b>R7</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
<b>R17</b>	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.			
<b>E8</b>	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	<p><b>Prescription 4 :</b></p> <p>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.</p>	<b>6 mois</b>	

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)
<b>E3</b>	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.			
<b>E4</b>	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
<b>E5</b>	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.			

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)
<b>E6</b>	Le livret d'accueil n'est pas 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.			
<b>E15</b>	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
<b>E13</b>	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.			
<b>E14</b>	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	

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)
<b>E16</b>	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.	<b>Prescription 6 :</b> 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.	<b>3 mois</b>	
<b>E1</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E2</b>	Le CVS n'est pas actif, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>E9</b>	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevent aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>Prescription 9 :</b> Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R11</b>	L'infirmier coordinateur ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	<b>Recommandation 1 :</b> Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	<b>3 mois</b>	
<b>R16</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 2 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	<b>1 mois</b>	
<b>R18</b>	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	<b>5 mois</b>	
<b>R19</b>	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la douleur, aux soins palliatifs ainsi qu'au circuit du médicament.	<b>Recommandation 4 :</b> Etablir les protocoles en concertation avec les équipes et transmettre les protocoles relatifs à la douleur, aux soins palliatifs ainsi qu'au circuit du médicament.	<b>3 mois</b>	
<b>R20</b>	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	<b>Recommandation 5 :</b> Former le personnel : - aux protocoles de l'établissement	<b>4 mois</b>	
<b>R21</b>	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.			

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)
<b>R9</b>	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	- à la déclaration des événements indésirables		
<b>R3</b>	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée, au jour du contrôle, au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	<b>2 mois</b>	
<b>R1</b>	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste.	<b>Recommandation 7 :</b> Rédiger la fiche de poste du directeur.	<b>1 mois</b>	
<b>R10</b>	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 8 :</b> Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	<b>3 mois</b>	

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)
R12	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé pour l'année 2023 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 9 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R15	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	<b>Recommandation 10 :</b> Faire signer systématiquement lors de formations et sensibilisations des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R14	Les fiches de tâches de nuit n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre : - Les fiches de tâches de nuit - Le taux de turn-over des effectifs soignants - La procédure de gestion interne des événements indésirables - Les 3 derniers comptes rendus de réunion avec le conseil d'administration	1 mois	
R8	La procédure de gestion interne des événements indésirables n'a pas été transmise à la mission de contrôle.			

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)
<b>R2</b>	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec le conseil d'administration.			