

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00100



Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Monsieur Dominique DESCHILDRE
Directeur de l'EHPAD Résidence Léon Duhamel
64 rue Ferdinand Capelle
59660 MERVILLE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Léon Duhamel sis 64 rue Ferdinand Capelle à Merville (59660) initié le 27 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Léon Duhamel sis 64 rue Ferdinand Capelle à Merville (59660) 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 27 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 9 novembre 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, 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.

R

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 Léon Duhamel à Merville (59660) initié le 27 février 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'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'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 et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. S'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, le jour et la nuit, 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.</p>	Dès réception du rapport	
E13	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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 ^o du CASF.			
E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 2 : Transmettre l'attestation de formation effective concernant la formation du médecin coordonnateur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF	1 mois	
E10	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 3 : S'assurer que le temps de travail (0,6 ETP) 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		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)
E12	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique se s'est pas réunie depuis 2021 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3 ^o CASF.	Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	

E14	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.	Prescription 6 : Etablir un RAMA signé par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E2	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.	Prescription 7 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 31116 du CASF.	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)
E16	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 8 : 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	
E3	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de	6 mois	

E4	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	
E5	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.		
E8	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.		
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme 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.		
E6	En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel et le CVS ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 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)
E17	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E7	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 11 : Se conformer à la réglementation en mettant un accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans les chambres des résidents et dans les espaces communs de l'établissement.	3 mois	

R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 1 : Mettre en place des réunions institutionnelles de type CODIR de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	
R1	Le directeur d'établissement ne dispose pas de fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées.	Recommandation 2 : Rédiger la fiche de poste du directeur.	1 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 3 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R15	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 4 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets personnalisés formalisé.	Recommandation 7 : Formaliser le protocole d'élaboration des projets personnalisés et transmettre à la	2 mois	

R13	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, à l'hydratation, aux changes et prévention de l'incontinence, à la douleur et aux soins palliatifs.	Recommandation 8 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux contentions, à l'hydratation, aux changes et prévention de l'incontinence, à la douleur et aux soins palliatifs et réévaluer de façon périodique les différents	3 mois	
R19	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.	Recommandation 9 : Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	4 mois	
R18	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 10 : Faire signer systématiquement des feuilles d'émargement lors de sensibilisations et formations sur les transmissions ciblées et sur la déclaration des événements indésirables et les transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R16	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables 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)
R12	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 11 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R10	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	1 mois	
R2	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées avec le conseil d'administration.	Recommandation 13 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées avec le conseil d'administration.	1 mois	
R4	L'établissement n'a pas transmis le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation 14 : Transmettre à la mission de contrôle le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	1 mois	
R6	Le diplôme d'un professionnel soignant est manquant.	Recommandation 15 : Transmettre le tableau récapitulatif et nominatif des effectifs mis à jour avec le diplôme manquant pour l'AS.	1 mois	

R11	Les taux de turn over des effectifs soignants pour 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 16 : Transmettre les taux de turn over des effectifs soignants (IDE, ASAES-AMP) pour les années 2020, 2021 et 2022 à la mission de contrôle.	1 mois	
-----	--	---	---------------	--