

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00165
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Jenny WATTELIER
Directrice
EHPAD Louise Michel
2 places Descartes
60230 CHAMBLY

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de Louise Michel sis 2 places Descartes à Chambly (60230) initié le 09 mai 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Louise Michel sis 2 places Descartes à Chambly (60230) 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 09 mai 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 07 septembre 2023.

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.

Pour le Directeur Général et par délégation,

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

Mesures envisagées

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Louise Michel à CHAMBLY (60230) initié le 09/05/2023

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E8	La présence d'escaliers non sécurisés présente un risque pour les résidents ce qui ne permet pas de garantir leur sécurité contrairement à l'article L.311-3-1° du CASF.	P1 : Sécuriser l'accès aux escaliers afin d'éviter tout risque de chute et de mise en danger des résidents, conformément à l'article L.311-3-1° du CASF.	Immédiat	
E12	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire 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. 311-3-3° du CASF.	P2 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, afin de garantir une prise en charge de qualité conformément à l'article L.311-3-3° du CASF.	1 mois	
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.	P3 : Mettre fin aux glissements de tâches en engageant du personnel qualifié ou en formant le personnel faisant fonction.	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E7	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les salariés et ceux-ci n'étant pas renouvelés régulièrement, 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	P4 : Transmettre l'intégralité des casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle et les renouveler régulièrement conformément à l'article L.133-6 du CASF.	1 mois	
E11	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P5 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur selon la réglementation en vigueur.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D.311-19 du CASF.	P6 : Assurer un fonctionnement du nouveau CVS conforme notamment : <ul style="list-style-type: none"> - le réunir 3 fois par an ; - mettre en conformité sa composition selon la réglementation en vigueur et dresser un procès-verbal attestant de sa composition; - établir un règlement intérieur. 	3 mois	
E15	Le contrat de séjour ne respecte pas la réglementation entrée en vigueur au 1er janvier 2023 contrairement au décret n°2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements sociaux et médico-sociaux et à l'article D.311 du CASF.	P7 : Mettre à jour le contrat de séjour et les prestations offertes aux résidents notamment : <ul style="list-style-type: none"> - l'étiquetage et l'entretien du linge personnel du résident ; - mentionner l'obligation pour les professionnels de santé libéraux de conclure avec l'établissement un contrat en vue de leur intervention ; - mettre à jour la liste des prestations relatives à l'hébergement relevant du socle de prestations et s'y conformer. 	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E9	En n'ayant déclaré aucun évènement au cours ces dernières années, y compris la chute d'un résident dans des escaliers non sécurisés, l'établissement ne respecte pas l'obligation de signalement aux autorités contrairement à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P8 : Signaler la chute du résident dans les escaliers non sécurisés, ainsi que les évènements 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.	Immédiat	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-160 du CASF.	P9 : Elaborer un projet d'établissement en y intégrant un projet de soins conforme et en y intégrant ou annexant le plan bleu.	4 mois	
E13	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.			

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E5	Le règlement de fonctionnement ne précise pas que l'étiquetage du linge revient à l'établissement et non au résident contrairement au décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux.	P10: Mettre à jour le règlement de fonctionnement en y précisant que l'étiquetage du linge incombe à l'établissement.	2 mois	
E6	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées des autorités administratives et la charte des droits et les libertés de la personne accueillie, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	P11: Incrire au sein du livret d'accueil les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance menées par l'établissement ainsi que les coordonnées de l'Agence Régionale de Santé (Point focal Régional) et du Conseil Départemental et y annexer la charte des droits et libertés de la personne accueillie.	2 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P12: Mettre en place une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D.312-158 du CASF.	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	P13: Faire signer conjointement le nouveau RAMA par la directrice ainsi que par le médecin coordonnateur.	5 mois	
R14	Au regard de la charge de travail des personnels soignants, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter le rythme de vie des résidents.	R1: Diminuer la charge de travail par agent afin d'améliorer la prise en charge du résident.	3 mois	
R2	La politique de prévention de la maltraitance n'est pas suffisamment développée au sein de l'établissement.	R2: Développer davantage la politique de prévention de la maltraitance en mettant en place diverses actions (mention dans les documents institutionnels, protocole de lutte contre la maltraitance, diffusion régulières d'informations auprès des agents, informations à l'embauche, mise à jour des protocoles dont protocoles de signalement d'un acte de maltraitance et sensibilisation des professionnels à ce signalement...)	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R3	Au jour du contrôle, il n'existe pas de démarche qualité au sein de l'établissement.	R3: Mettre en place une démarche qualité au sein de l'établissement (évaluations des pratiques professionnelles, mise en place d'enquêtes de satisfactions, bilan de ces enquêtes et des réclamations, mise en place d'un plan d'action qualité...)	4 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	R4: Etablir une procédure de gestion interne des événements indésirables et mettre à jour la procédure de déclaration externe des événements indésirables en prévoyant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	2 mois	
R6	Les procédures de déclarations des événements indésirables graves et de signalement d'un acte de maltraitance sont incomplètes.			
R7	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.			
R5	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	R5: Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles à mettre en place et en assurer une traçabilité.	3 mois	
R10 R11	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R6: Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R1	Les réunions institutionnelles ne sont pas formalisées ni tracées.	R7 : Assurer une traçabilité des réunions institutionnelles.	1 mois	
R9	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation relative à l'encadrement.	R8 : Transmettre à la mission de contrôle le diplôme obtenu par l'IDEC.	1 mois	
R12	Il n'existe pas de fiche de poste AS de jour et ASH ni de fiches de tâches concernant les postes AS du matin.	R9 : Rédiger des fiches de poste et de tâches pour l'ensemble du personnel.	3 mois	
R13	La procédure d'admission manque de formalisme et est incomplète.	R10 : Mettre à jour la procédure d'admission en indiquant notamment les critères d'admissions et de non admission et les informations délivrées et récoltées par l'établissement, et plus globalement expliquant plus en détail le processus d'admission.	2 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	R11 : Mettre en place une procédure ainsi qu'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	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.	R12 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malade, même manuelle, afin de s'assurer que ses délais soient corrects.	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R17	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	R13: Mettre à jour l'intégralité des protocoles en concertation avec les équipes.	6 mois	
R16	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.	R14: Lorsque les protocoles seront actualisés, sensibiliser le personnel et en assurer une traçabilité.	6 mois	