

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00357



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Dominique DESCHILDRE
Directeur de l'EHPAD Résidence
Les Charmilles
10 rue Saint-Vincent de Paul
59940 ESTAIRES

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Les Charmilles sis 10 rue Saint-Vincent de Paul à Estaires (59940) initié le 28 mars 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Les Charmilles sis 10 rue Saint-Vincent de Paul à Estaires (59940) 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 28 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 12 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 courent 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.

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 Les Charmilles à Estaires (59940) initié le 28 mars 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)
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'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 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.	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° du CASF.			
E11	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : 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	
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 3 : 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	

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)
E15	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 et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 4 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E9	En ne vérifiant pas systématiquement les extraits de casier judiciaire de son personnel et en ne les renouvelant pas 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.	Prescription 5 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - Révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ; - Réunissant au moins 3 fois par an le CVS conformément à l'article D. 311-16 du CASF ; - Faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF ; - Mettant à jour le règlement intérieur du CVS conforme aux dispositions de l'article D. 311-8 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. 	3 mois	
E2	Le règlement intérieur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-8 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.			

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	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 7 : Etablir les projets personnalisés des résidents, en prenant compte des rythmes de vie, dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF. Transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés afin de s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
E18	Au regard de la charge de travail des professionnels soignants et de l'absence de garantie d'élaboration des projets personnalisés, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
R12	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.			
E3	Le projet d'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF.	Prescription 8 : 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.	6 mois	
E14	Le projet général de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
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.			
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.			

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)
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.			
E16	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.			
E19	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 9 : 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	Prescription 10 : 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	

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)
	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.			
R3	Sachant que les comptes rendus de CODIR n'ont pas été transmis pour les mois de janvier, février et mars 2024, les CODIR ne sont pas organisés de manière régulière.	Recommandation 1 : Transmettre à la mission de contrôle les comptes rendus des réunions institutionnelles de type CODIR ayant été réalisées en 2024.	1 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	
R13	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 régulièrement.	Recommandation 3 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 4 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	1 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 5 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences et aux soins palliatifs.	Recommandation 6 : Etablir, en concertation avec les équipes soignantes, les protocoles relatifs aux urgences et aux soins palliatifs. Réévaluer de façon périodique les différents protocoles en lien avec les équipes.	3 mois	
R18	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon périodique.			
R16	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			

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)
R17	Le personnel n'est pas formé aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	Recommandation 7 : Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques et aux transmissions ciblées. Mettre en place un émargement systématique lors de ces formations et transmettre les feuilles d'émargement.	4 mois	
R14	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 8 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire et transmettre à la mission de contrôle les comptes rendus de RETEX.	3 mois	
R7	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 9 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables puis transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.	3 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R4	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission de contrôle le plan d'actions qualité.	1 mois	
R2	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées avec le conseil d'administration.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunions organisées avec le conseil d'administration.	1 mois	
R9	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 13 : Étudier les causes des taux d'absentéisme des équipes soignantes élevés, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R10	Les fiches de tâches des AS et ASH n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Établir et transmettre à la mission de contrôle les fiches de tâches des AS et ASH.	1 mois	