

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00348



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Claudine GRAVER
Directrice
EHPAD Résidence Antoine de
Saint Exupéry
61, rue Stéphane Hessel
62136 LESTREM

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Antoine de Saint Exupéry sis 61 rue Stéphane Hessel à Lestrem (62136) initié le 27 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Antoine de Saint Exupéry sis 61 rue Stéphane Hessel à Lestrem (62136) 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 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 27 mars 2024.

Par courrier reçu le 03 juin 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 Résidence Antoine de Saint Exupéry à LESTREM (62136) initié le 27 juillet 2023

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)
E5	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 des services hospitaliers qualifiés « faisant fonction d'AS » ; 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.	Prescription n°1 : Supprimer les glissements de tâches (IDE-AS ; AS-ASHQ) 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 conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	1 mois	
E8	La mission a constaté dans le planning du mois de juillet 2023 qu'une aide-soignante est positionnée en tant qu'IDE, ce qui ne respecte pas les dispositions du décret définissant les actes autorisés pour les AES (cf. Décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social) et de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant qui délimite les actes autorisés pour les aides-soignants et ce qui est contraire aux dispositions du décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers et des articles R.4311-3 et suivants du Code de la santé publique (CSP). Cette organisation ne permet pas à l'établissement de garantir aux résidents la qualité et la sécurité des soins.			
E7	L'inconstance 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.			
E12	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			

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	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	Prescription n°2 : Positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF et établir un planning spécifique pour le personnel de l'UVA.	1 mois	
R11	Le personnel dédié à l'UVA ne dispose pas de planning spécifique.			
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E10	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°4 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	3 mois	
E11	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement 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 n°5 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces PAP est réalisée.	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)
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 n°6 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - sa composition ; - sa fréquence ; - la signature des comptes rendus par le président. 	3 mois	
E4	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.	Prescription n°7 : Mettre en conformité le livret d'accueil, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - la notice d'information relative à la personne de confiance. 		31/05/2024
E2	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.	Prescription n°8 : 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	
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
R7	Les RETEX ne sont pas formalisés.	Recommandation n°1 : Rédiger les comptes rendus des RETEX.		31/05/2024

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)
R6	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°2 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur la déclaration des événements indésirables.		31/05/2024
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation n°3 : Réaliser <ul style="list-style-type: none"> - un bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers ; - une enquête de satisfaction globale de manière régulière ; - un plan global d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité. 	6 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.			
R5	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.			
R12	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 n°4 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R1	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée, au jour du contrôle, au sein des 2 EHPAD.	Recommandation n°5 : Mettre en place des réunions institutionnelles (CODIR) de façon régulière et établir des comptes rendus.	3 mois	
R2	Aucun compte rendu de la commission de coordination gériatrique n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°6 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.	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)
R13	L'ensemble des professionnels n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation n°7 : Former l'ensemble des professionnels aux transmissions ciblées.	3 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux chutes, aux troubles du comportement, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.	Recommandation n°8 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux contentions, aux chutes, aux troubles du comportement, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament.		31/05/2024
R8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation n°9 : Etablir un livret d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	
R9	Le taux d'absentéisme des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°10 : Transmettre le taux d'absentéisme et de turn-over des effectifs soignants (2020 à 2022).	1 mois	
R10	Le taux de turn-over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R15	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.	Recommandation n°11 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.	1 mois	