



Le directeur général

Lille, le 30 MAI 2023

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0219


LETTER RECOMMENDED WITH RECEIVED REPLY

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD La Ritournelle sis 41, Avenue de la Reconnaissance à Villeneuve-d'Ascq (59491) 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 7 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 29 mars 2023.

Par courrier reçu par mes services le 9 mai 2023, 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.

Monsieur Jean Michel TIBIER
Président de l'Association AFEJI Hauts-de-France
199, Rue Colbert
59043 LILLE

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport de contrôle modifié au directeur de l'établissement concerné.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.

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 La Ritournelle à VILLENEUVE D'ASCQ (59491) initié le 07 octobre 2022

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
E9	L'inconstance des effectifs présents en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.			
E8	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 « faisant fonction » d'aide-soignant. 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 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, y compris la nuit et en UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents.	4 mois	
R7	La surveillance de nuit de l'UVA n'est pas assurée de manière permanente.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur à 0,60 ETP afin de se conformer à la réglementation.	2 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
E1	La capacité installée de l'établissement (74 places) ne respecte pas la décision conjointe du 21 juillet 2016 relative au renouvellement d'autorisation de l'établissement (73 places).	Prescription 3 : Respecter la capacité autorisée.		
E11	Le rapport annuel d'activité médical n'a pas été signé par le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis à l'avis de la commission de coordination gériatrique, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le directeur conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
E10	Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007 relative au devoir de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation sur cette thématique n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 5 : Organiser de manière régulière auprès des personnels des sensibilisations internes et des formations portant sur : - la promotion de la bientraitance et la prévention et la lutte contre la maltraitance ; - la déclaration des événements indésirables ; - les protocoles internes ; et faire signer systématiquement des feuilles de présence.	6 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.			
R8	L'établissement ne réalise pas de formations et sensibilisations interne.			
R13	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.			
E5	Les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E3	En l'absence de consultation du CVS avant validation, le projet d'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article L.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
	311-8 du CASF.			
E4	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E12	En ne mentionnant pas les mesures administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E6	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	<p>Prescription 7 : Mettre en œuvre le CVS conformément aux articles D. 311-5 et D. 311-16, en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - révisant sa composition ; - organisant des réunions a minima 3 fois par an ; - datant et signant le règlement intérieur. 	3 mois	
E13	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.	<p>Prescription 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>		
R10	L'établissement n'a pas transmis de document permettant d'attester l'existence de projets personnalisés pour l'ensemble des résidents ainsi que la régularité de leur révision.	<p>Recommandation 1 : Transmettre un tableau de suivi des projets personnalisés des résidents comprenant la date de leur élaboration et de leur révision, et mettre en place des réunions de synthèse préalables à l'élaboration des projets personnalisés</p>	3 mois	
R11	L'établissement ne met pas en place d'évaluations ou de réunions de synthèses préalables à l'élaboration du projet personnalisé.			
R9	La procédure d'admission est incomplète.	<p>Recommandation 2 : Compléter la procédure d'admission</p>	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
R4	Le livret d'accueil du nouvel arrivant n'est pas mis à jour.	Recommandation 3 : Mettre à jour le livret d'accueil du nouvel arrivant et établir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.		
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 4 : Analyser les causes du turn over et de l'absentéisme du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	
R6	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme et de turn over élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Etablir les protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, la nutrition, les changes et la prévention de l'incontinence ainsi que les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie.	5 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles portant sur les troubles du comportement, l'hydratation, la nutrition, les changes et la prévention de l'incontinence ainsi que les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie.	Recommandation 6 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 7 : Rédiger la fiche de poste de la cadre de santé.		
R2	L'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste pour la cadre de santé.	Recommandation 8 : Dater l'organigramme une fois mis à jour.		
R1	L'organigramme transmis par l'établissement n'est pas daté.			