



Le directeur général

Lille, le 27 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2022-HDF-0242

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD La Chaumière de la Grande Turelle sis 6 rue Peugniez à COURCELLES-LES-LENS (62970) 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 19 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 10 mai 2023.

Par courrier reçu par mes services le 06 juin 2023, vous avez présenté vos observations 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.

Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7, allée Haussmann
33300 BORDEAUX

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agrérer, Madame la présidente, 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

Copie à Madame Aline THEPENIER – HOCMERT, directrice de l'établissement

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 Chaumière de la Grande Turelle à COURCELLES-LES-LENS (62970) initié le 19 octobre 2022

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'inconstance 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. 311-3-1° du CASF.			
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'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.	<p>Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches 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.</p>	3 mois	
E11	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVP n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1 du CASF.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<p>Prescription 2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.</p>	2 mois	
E8	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	<p>Prescription 3 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.</p>	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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 commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 4 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.		
R7	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	Prescription 5 : S'assurer qu'une évaluation périodique des projets d'accompagnement personnalisés est réalisée et que ces derniers soient signés par la personne accueillie ou par son représentant légal.		
R8	Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas signé par la personne accueillie ou par son représentant légal, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé.		3 mois	
E12	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 6 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra, pour l'ensemble du personnel - des formations relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ; - des sensibilisations internes sur la déclaration des événements indésirables.	2 mois	
R2	Le personnel de l'établissement n'est pas régulièrement sensibilisé à la déclaration des événements indésirables.			
E5	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E2	En l'absence de précisions sur la date de consultation du conseil de la vie sociale, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E3	En n'intégrant pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	7 mois	
E4	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R. 311-33 et R. 311-34 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E6	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 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale au niveau de : <ul style="list-style-type: none">- sa composition ;- la fréquence des réunions;- la signature des procès-verbaux par le président.	3 mois	
E13	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme aux articles D. 312-155-3, alinéa 9, D. 312-158, alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.	Prescription 9 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant : <ul style="list-style-type: none">- la co-signature par le médecin coordonnateur et le directeur ;- la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique ;- les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	7 mois	
R9	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 1 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades.	1 mois	
R1	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 2 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.		
R3	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est pas formalisée.	Recommandation 3 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant, incluant l'accompagnement par un pair et inclure cette notion dans le projet d'établissement.	7 mois	
R4	Le nouvel arrivant ne bénéficie pas d'un accompagnement par un pair.			
R10	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.	Recommandation 4 : Rédiger une procédure relative aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.	1 mois	
R6	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure d'admission.	4 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R11	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique.	Recommandation 6 : Réviser périodiquement les protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	1 mois	
R5	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations externes.	Recommandation 7 : Mettre en place un émargement systématique lors des formations externes.		