



Le directeur général

Lille, le 29 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00033
[REDACTED]

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Korian Les Alysses sis 124, rue de la 4^{ème} division d'infanterie coloniale à Lieuvillers (60130) 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 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 1^{er} juin 2023.

Par courrier reçu par mes services le 5 juillet 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.

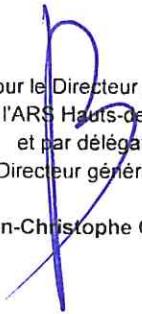
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Madame Sophie BOISSARD
Directrice générale
Groupe KORIAN
21, rue Balzac
75008 PARIS

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'agréer, Madame la directrice générale, 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.

Copie à Madame Ophélie DELMOTTE, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Korian Les Alysses à LIEUVILLERS (60130) initié le 28 mars 2023

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)
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 3 AVS ; 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 : Mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E11	L'inconstance des effectifs présents de jour, en termes de nombre et de qualification des agents, y compris au sein de l'UVA, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.	Prescription 2 : S'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre et en qualification, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, et de respecter leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.		
E12	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° 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)
E10	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0.	Prescription 3 : Recruter un médecin coordonnateur.	1 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 4 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique en application des articles D. 312-158, 3 ^o , 8 ^o et 10 ^o du CASF.	6 mois	
E16	Le RAMA n'a pas été rédigé par le médecin coordonnateur et il n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrevient aux dispositions des articles D312-155-3 alinéa 9 et D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	6 mois	
E14	Le projet de soins n'est pas adapté aux spécificités de l'établissement et n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions des articles D.312-158 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	
E15	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-158-1 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)
E8	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 7 : Transmettre les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle et l'ensemble des contrats et des diplômes.	1 mois	
R2	Au jour du contrôle, l'ensemble des contrats et des diplômes du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E13	Contrairement à la circulaire DGAS 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 lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance n'est organisée au sein de l'établissement.	Prescription 8 : Mettre en place un plan de formation relatif à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.		
E3	Le conseil de la vie sociale n'a pas été consulté sur le projet d'établissement et aucune autre forme de participation n'est mentionnée contrairement aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, plan bleu, règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.		
E4	En ne précisant pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre ainsi que l'identification du service et les mesures concernant les soins palliatifs, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 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)
E5	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 à l'article D312-160 du CASF.			
E6	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 de l'article R311-33 du CASF			
E7	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.		3 mois	
E2	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D311-5 et D311-20 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF et faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au Président du CVS conformément à la règlementation.	3 mois	
E17	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 11 : Proposer aux résidents une collation nocturne de manière systématique conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		

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	L'établissement n'a pas transmis les résultats de l'étude des délais de réponses des dispositifs d'appel malade.	Recommandation 1 : Transmettre les résultats de l'étude des délais de réponses des dispositifs d'appel malade.	1 mois	
R3	L'IDEC ne dispose pas au jour du contrôle de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 2 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R8	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formation sur les spécificités des personnes accueillies.	Recommandation 3 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies et faire signer systématiquement lors de formations et sensibilisations des feuilles de présence et les transmettre à la mission de contrôle.		
R9	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie		6 mois	
R1	Les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 4 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire.	1 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)
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Actualiser la procédure d'admission.		
R6	Les fiches de tâches de l'ASD/AMP et de l'AVS sont identiques.	Recommandation 6 : Rédiger des fiches de poste pour l'ensemble du personnel et mettre à jour les fiches de tâches de l'ASD/AMP et de l'AVS afin qu'elles soient distinctes		
R7	Les personnels ne disposent pas de fiche de poste.		1 mois	
R12	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 7 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.		
R4	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 8 : Analyser les causes d'absentéisme et du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.		
R5	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			