



Lille, le 21 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00023

[REDACTED]

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Virginie GERNEZ
Directrice
EHPAD Elsa Triolet
9 rue du parc
62470 CALONNE-RICOUART

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de Elsa Triolet sis 9 rue du parc à CALONNE RICOUART (62470) initié le 06 mars 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, Elsa Triolet sis 9 rue du parc à CALONNE RICOUART (62470) 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 06 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 02 juin 2023.

Par courriel reçu le 03 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 effectives 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.



Hugo GILARDI

Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Elsa Triolet à CALONNE RICOUART initié le 06/03/2023

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E8	L'insuffisance 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 L311-3-3° du CASF.	P1 : 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 L311-3-3° du CASF.	6 mois	
E9	La présence IDE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des résidents, au sens de l'article L311-3 1° du CASF.	P2 : Assurer une présence infirmière suffisante et continue en journée le week-end, afin de garantir la sécurité, ainsi que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément à l'article L311-3-1° du CASF.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E11 E12	En l'absence de personnel qualifié au sein de l'UVA, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	P3 : Positionner du personnel qualifié au sein de l'UVA, y compris la nuit, afin d'assurer qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	3 mois	
	La surveillance de nuit au sein de l'UVA n'est pas assurée par du personnel qualifié, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
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'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents sociaux ; 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.	P4 : Mettre fin aux glissements de tâches.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E6	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.	P5 : Transmettre à la mission de contrôle les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement	1 mois	
E16	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	P6 : Etablir les projets 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 projets personnalisés est réalisée	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	P7 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation et de fonctionnement du CVS ne sont pas conformes aux articles D.311-5, D.311-16, D.311-20 du CASF.	P8 : Assurer un fonctionnement du CVS conforme notamment : <ul style="list-style-type: none"> - en le réunissant 3 fois par an ; - en renouvelant la composition du CVS conformément à la réglementation entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023 ; - faire systématiquement signer les comptes rendus par le président du conseil. 	3 mois	
E3 E4 E13	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L311-8 du CASF.	P9 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF en y intégrant un plan bleu ainsi que projet de soins.	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas complet et n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF.			
	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E17	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.	P10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E5	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	P11: Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	4 mois	
E14	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	P12: Rédiger le rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	6 mois	
E15	En ne mentionnant pas l'obligation des pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement à conclure avec celui-ci un contrat prévu à l'article R.313-30-1 du CASF, le contrat de séjour contrevient aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	P13 : Mettre à jour le contrat de séjour.	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF. Les modalités d'organisation et de fonctionnement du CVS ne sont pas conformes aux articles D.311-5, D.311-16, D.311-20 du CASF.	P14 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
R4	L'établissement n'a pas adopté une démarche qualité et gestion des risques portant sur l'ensemble des processus en développant des actions d'amélioration continue de la qualité.	R1 : Adopter une démarche d'amélioration continue de la qualité notamment et rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	4 mois	
R16	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.	R2 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R18 R3	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, aux changes et sur l'incontinence, sur la démarche de la fin de vie ou des soins palliatifs ou encore sur les contentions.	R3 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation, aux changes et sur l'incontinence, sur la démarche de la fin de vie ou des soins palliatifs ou encore sur les contentions.	4 mois	
	L'établissement ne dispose pas d'un protocole de lutte contre la maltraitance.			
R1	L'organisation de la permanence de la direction n'est pas formalisée.	R4 : Formaliser l'organisation de continuité de la direction, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	2 mois	
R15	L'horaire de début des couchers ne respecte pas les rythmes de vie des résidents au regard de l'heure de coucher des résidents à 16h30.	R5 : Mettre en place des horaires de couchers respectant le rythme de vie des résidents.	3 mois	
R9	L'IDEC ne dispose pas de formation spécifique au métier d'encadrement.	R6 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'établissement.	R7 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	
R6 R7	La procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins est obsolète.	R8 : Mettre à jour la procédure de déclaration des événements indésirables en mentionnant les modalités de déclaration auprès du Procureur de la République et prévoyant la réalisation de RETEX.	4 mois	
	La procédure de gestion des événements indésirables ne fait pas mention de la réalisation de RETEX.			
R11 R12 R5 R19	L'établissement ne formalise pas de plan de formation et ne prévoit pas suffisamment de formations relatives à la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.	R9 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel : - des sensibilisations internes notamment concernant la déclaration d'événements indésirables et les protocoles ; - des formations externes notamment relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance ; et assurer une traçabilité.	4 mois	
	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir la formation du personnel ainsi que l'organisation régulière de sensibilisations internes.			

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des évènements indésirables.			
	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.			
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil ni d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	R10 : Etablir une procédure ainsi qu'un livret d'accueil du nouvel arrivant.	5 mois	
R20	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique et aucune démarche évaluative n'est mise en place.	R11 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	
R17	Les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	R12 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R13	La procédure d'admission manque d'informations sur les critères d'admission et de non admission ainsi que sur le rôle de la direction.	R13 : Mettre à jour la procédure d'admission.	4 mois	
R14	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé ne sont pas formalisées.	R14 : Formaliser les modalités d'élaboration du projet personnalisé.	4 mois	
R10	L'établissement n'a pas transmis les taux de turn over.	R15 : Transmettre à la mission de contrôle le taux de turn over du personnel soignant.	1 mois	