

Lille, le 07 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00292



Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Madame Corinne MADUREL
Directrice
EHPAD Odette Calfy
1, Place Odette Calfy
80330 LONGUEAU

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Odette Calfy situé au 1, Place Odette Calfy à Longueau (80330) initié le 3 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Odette Calfy situé au 1, Place Odette Calfy à Longueau (80330) 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 3 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 25 septembre 2023.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

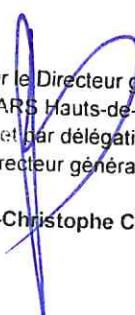
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances 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 Odette Calfy à LONGUEAU (80330) initié le 03 juillet 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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, en termes de nombre et/ou 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.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, en nombre et en qualification, afin de garantir le respect des rythmes de vie, ainsi que la qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E14	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet d'accompagnement personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E7	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 ASH ; 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°2 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge et un accompagnement de qualité aux résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	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)
E8	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312155-0 du CASF.	Prescription n°3 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E12	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF relatif au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription n°4 : Se conformer à la réglementation en mettant à disposition une connexion internet dans les chambres des résidents, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD (prestation instaurée par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux).	Dès réception du rapport	
E13	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé rédigé, puis réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximum 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.	3 mois	

E1	Au jour du contrôle, la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°6 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	3 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)
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles, D.311-5, D. 311-9 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°7 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-5, D311-9 et D311-20 du CASF.	3 mois	
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°8 : Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF, en y intégrant un projet de soins, ainsi que le plan bleu.	6 mois	
E10	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			

E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R.311-35 et 37 du CASF.	Prescription n°9 : Mettre en conformité le règlement de fonctionnement en fixant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et en mentionnant que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entrainer des procédures administratives et judiciaires, conformément aux articles R.311-35 et 37 du CASF.	3 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)
E6 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.	Prescription n°10 : Préciser dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	3 mois	

E11	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°11 : 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.	4 mois	
R2	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables formalisée.	Recommandation n°1 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables présentant les étapes successives de traitement des événements indésirables après déclaration.	3 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)
R4	L'établissement ne dispose pas d'une procédure formalisée de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves et des événements indésirables graves associés aux soins.	Recommandation n°2 : Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	3 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions relatif à la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation n°3 : Transmettre à la mission de contrôle le plan d'actions relatif à la démarche d'amélioration continue de la qualité..	1 mois	

R8	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète et ne représente pas les étapes successives du processus, ainsi que le rôle de chaque catégorie professionnelle.	Recommandation n°4 : Réviser la procédure d'admission d'un nouveau résident, en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. page 26 du rapport de contrôle), et en s'assurant de représenter les étapes successives du processus et le rôle de chaque catégorie professionnelle .	3 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation n°5 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 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	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif au circuit du médicamentent, à la contention, aux urgences, aux troubles du comportement, à la prévention de l'incontinence, et aux soins palliatifs.	Recommandation n°6 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • le circuit du médicament ; • la contention ; • les urgences ; • les troubles du comportement ; <input type="checkbox"/> la prévention de l'incontinence ; <input type="checkbox"/> les soins palliatifs. 	3 mois	

R13	Les protocoles et procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°7 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R7	Les agents en poste de nuit et les IDE ne disposent pas de fiche de tâches.	Recommandation n°8 : Formaliser des fiches de tâches pour les agents en poste de nuit et les IDE.	3 mois	
R10	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	Recommandation n°9 : Mettre en place des transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	4 mois	
R9	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°10 : Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 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)
R6	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.	Recommandation n°11 : Étudier les causes du taux de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R3	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°12 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement relatives à la formation du personnel à la déclaration	3 mois	

R12	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.	des évènements indésirables et aux protocoles, et perdurer la démarche de traçabilité des formations et des sensibilisations par le biais des feuilles de présence.		
-----	---	---	--	--