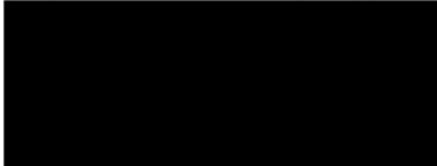


Lille, le 04 DEC. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00294



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Corinne MADUREL
Directrice
Résidence Hippolyte Noiret
52 rue Hippolyte Noiret
80800 FOUILLOY

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence la Clé des Champs sis 1 Rte du Plessier à MOREUIL (80110).

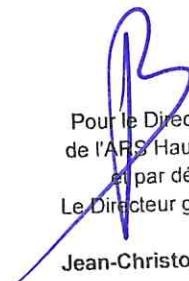
Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence la Clé des Champs sis 1 Rte du Plessier à MOREUIL (80110) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 10 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11/10/2023.

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 courrent 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 Résidence la Clé des Champs à MOREUIL (80110) initié le 03/07/2023

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
E10	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, 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. 311-3-3° du CASF.	Prescription 1: Recruter le personnel nécessaire 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 et le respect de leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.		
E17	En raison de la charge de travail du personnel de l'unité classique et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle, les rythmes de vie ne sont pas systématiquement respectés, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 1: Recruter le personnel nécessaire 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 et le respect de leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	1 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	L'inconstance des effectifs présents le jour au sein de l'UVA, 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. 311-3-3° du CASF.	Prescription 2 : Assurer une surveillance effective au sein de l'UVA et positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA.	1 mois	
E12	Les modalités de surveillance de l'UVA la nuit sont insuffisamment organisées, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			

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	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'État 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.	Prescription 3: Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	1 mois	
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4: Mettre en conformité le temps de travail du médecin et s'assurer que celui-ci est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 mois	
E8	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.			

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
E15	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 5 : 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, conformément au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Dès réception du rapport	
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 6: Mettre en conformité le fonctionnement du CVS.	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
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D.312-160 du CASF.	Prescription 7: Elaborer et rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF en y intégrant le plan bleu ainsi qu'un projet de soins.	6 mois	
E13	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.			
E16	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé conformément aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 8: 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.	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
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 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'entraîner des procédures administratives et judiciaires.	3 mois	
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.	Prescription 10: Mettre à jour le rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3 ^e du CASF.	Prescription 11: Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 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
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 12 : Mettre à jour le livret d'accueil notamment en y mentionnant les actions menées par l'établissement en matière de lutte contre la maltraitance, les coordonnées des autorités administratives ainsi que le numéro d'écoute des situations de maltraitance.	3 mois	
R1	Les informations contenues dans le livret d'accueil sont incomplètes et ne sont pas à jour.			
R3	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des évènements indésirables formalisée.	Recommandation 1 : Formaliser une procédure de gestion interne des évènements indésirables ainsi qu'une procédure de déclaration externe des évènements indésirables graves et graves associés aux soins.	3 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des évènements indésirables graves et des évènements indésirables graves liés aux soins formalisée.			
R2	L'établissement n'a pas transmis de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 2 : Transmettre à la mission de contrôle le plan d'actions qualité.	1 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
R11	L'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malade dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité.	Recommandation 3 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la nutrition, aux soins palliatifs, au circuit du médicament et aux changes.	Recommandation 4 : Elaborer des protocoles relatifs à la nutrition, aux soins palliatifs, au circuit du médicament et aux changes.	3 mois	
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 5 : Réévaluer de façon périodique les protocoles.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	Recommandation 6 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé en 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : 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	

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
R7	Les informations transmises concernant le temps de travail du médecin coordonnateur ne sont pas concordantes.	Recommandation 8 : Justifier les incohérences concernant les informations transmises à la mission contrôle relatives au temps de travail du médecin coordonnateur.	Dès réception du rapport	
R9	Le personnel de nuit ne dispose pas de fiches de tâches.	Recommandation 9 : Etablir des fiches de tâches pour les postes de nuit.	1 mois	
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Réviser et compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des évènements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement concernant la formation du personnel à la déclaration des évènements indésirables et aux protocoles.	1 mois	
R13	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.			