

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023 HDF 00390


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Potennerie sis 45 rue de la Potennerie à ROUBAIX (59100) 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 15 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 21 mars 2024.

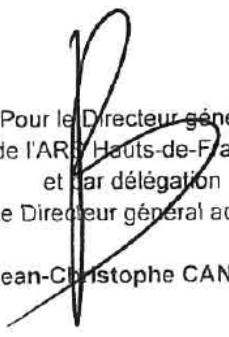
En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront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

Monsieur Eric DELABRE
Président de l'association Bien Vieillir à Roubaix
453 rue du Paradis
62232 HINGES

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, Monsieur le président, 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 Mikaël LESNE, directeur 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 Potennerie à ROUBAIX (59100) initié le 15 décembre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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 capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 22 décembre 2023.		Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	1 mois
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.		Prescription 2 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant 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 ^o du CASF.	1 mois
E13	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, y compris en UVA, en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1 ^o du CASF.			
R9	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E16	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 3 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception des mesures correctives	
E12	Au jour du contrôle, le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 4 : Engager le médecin coordonnateur dans une formation afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF	6 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF	2 mois	
E11	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.	Prescription 6 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation, et transmettre le tableau des effectifs révisés au regard de la fonction et du diplôme obtenu.	1 mois	
R5	18 professionnels occupent des postes qui sont en inadéquation avec leur diplôme.	Prescription 7 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre	3 mois	
E7	Au regard notamment du manque de			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	formation, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.		
E14	Le RAMA 2022 n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur ce qui contrevient à l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription 8 : 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	3 mois	
E2	Au jour du contrôle, le CVS n'est pas constitué, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	Prescription 9 : Constituer le CVS conformément aux articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	3 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et n'est pas annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 10 : Rédiger un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions de l'Instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et l'annexer au projet d'établissement	6 mois	
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription 11 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.			
E5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 12 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi qu'aux dispositions des articles D.311-39 et L. 311-4 du CASF.			
R13	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle, ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés ont effectivement étaient réalisés à la date prévue et qu'une évaluation annuelle est prévue ou réalisée.	Recommandation 1 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	3 mois	
R12	Le protocole d'admission et la procédure de réception et traitement du dossier d'admission et planification de l'entrée sont incomplets.	Recommandation 2 : Mettre à jour le protocole d'admission et la procédure de réception et traitement du dossier d'admission et planification de l'entrée en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs et au circuit du médicament.	Recommandation 3 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs et au circuit du médicament ainsi que les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes.	3 mois	
R16	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation/sensibilisation des personnels aux protocoles n'est pas garantie.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	Au jour du contrôle, l'établissement n'a pas organisé de bilan des réclamations et plaintes et d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 4 : Organiser et réaliser un bilan des réclamations et plaintes ainsi qu'une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 5 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R14	Au jour du contrôle, les professionnels ne sont pas formés aux transmissions ciblées.	Recommandation 6 : Former l'ensemble des professionnels aux transmissions ciblées et transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.	3 mois	
R8	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 7 : Transmettre les feuilles d'émargement des sensibilisations à la déclaration des événements indésirables et les plans de formations 2021 et 2022, ainsi que les feuilles d'émargement afin de garantir à la mission de contrôle l'organisation régulière des formations internes/externes.	1 mois	
R10	Les personnels de l'établissement ne disposent pas de fiche de tâches.	Recommandation 8 : Rédiger les fiches de tâches pour l'ensemble du personnel de l'établissement.	1 mois	
R2	Les modalités d'organisation des astreintes ne sont pas formalisées.	Recommandation 9 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	1 mois	
R3	Les liens entre le directeur d'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisés.	Recommandation 10 : Mettre en place des réunions entre le directeur d'établissement et l'organisme gestionnaire, et établir des comptes rendus.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	Le CODIR ne se réunit pas de manière régulière.	Recommandation 11 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	2 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme daté et spécifique à l'EHPAD.	Recommandation 12 : Transmettre un organigramme daté et à jour et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel spécifique à l'EHPAD.	1 mois	