

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00430



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Rive d'Or sis 52 rue Victor Hugo à NOYELLES-GODAULT (62950) 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 18 octobre 2023.

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

Par courrier reçu par mes services le 11 janvier 2024, 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.

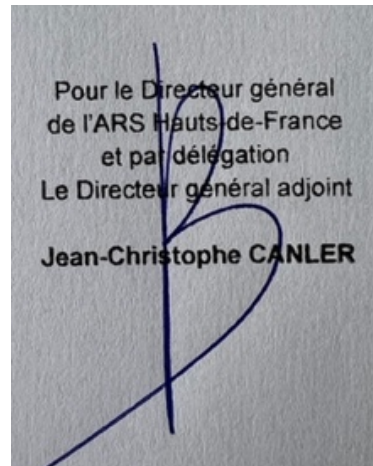
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Alain DUCONSEIL
Président du Conseil d'Administration
Association La Vie Active
4 rue Beffara
62000 ARRAS

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 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 Monsieur Mohamed SALHI, directeur par intérim 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 Rive d'Or à NOYELLES-GODAULT (62950) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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)
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 ou des faisant fonction d'AS ; 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 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris en UVA, afin de garantir une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E10	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, y compris en UVA, en termes de nombre et 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° du CASF.			
E8	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		11/01/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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	En ne vérifiant pas systématiquement les casiers judiciaires à l'embauche du personnel et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	Prescription 4 : Vérifier systématiquement les extraits de casier judiciaire et les renouveler régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 5 : Intégrer ou annexer le plan bleu au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.		11/01/2024
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur propre à l'EHPAD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E1	La commission de coordination n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF une fois le recrutement d'un médecin coordonnateur effectué.	6 mois	
E12	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.	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.	4 mois	
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.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (projet d'établissement et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - faisant signer systématiquement les procès-verbaux de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - établissant un règlement intérieur propre au CVS lors de la 1 ^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF.	3 mois	
E13	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.	Prescription 11 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		11/01/2024
R4	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 1 : Former l'ensemble du personnel à la déclaration des événements indésirables et aux transmissions ciblées et transmettre les feuilles d'émargement.	3 mois	
R9	Les transmissions ne sont pas ciblées.			
R5	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables graves.	Recommandation 2 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables graves en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.		11/01/2023
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 3 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R2	L'établissement n'a pas transmis son plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ni son tableau de suivi des plaintes et réclamations.	Recommandation 4 : Transmettre le plan d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité ainsi que le tableau de suivi des plaintes et réclamations.		11/01/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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 d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Etudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R8	Les procédures d'admissions sont incomplètes.	Recommandation 6 : Compléter les procédures d'admission.		11/01/2023
R10	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 7 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R11	En l'absence des dates de mise à jour des protocoles dans les documents transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 8 : Transmettre la liste des protocoles avec la date de la dernière mise à jour.	6 mois	
R7	Le taux de turn over des effectifs soignants n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants à la mission de contrôle.	1 mois	
R1	L'organigramme n'est pas daté.	Recommandation 10 : Dater l'organigramme.		11/01/2023