

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00386



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Georges Morchain sis 95 rue du comte d'Artois à NEUVILLE SAINT REMY (59554) 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 4 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 20 mars 2024.

Par courrier reçu par mes services le 26 avril 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.

Madame Sophie BOISSARD
Directrice générale
Groupe KORIAN
21 rue Balzac
75008 PARIS

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, Madame la directrice générale, 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 Madame Nathalie LEVEQUE, directrice de l'établissement

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 Georges Morchain à NEUVILLE-ST-REMY (59554) initié le 4 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)
E6	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 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, y compris en UVA, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.		26/04/2024
E5	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 2 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies et mettre en place, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance		26/04/2024
E4	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 3 : Vérifier systématiquement les extraits de casier judiciaire et les renouveler régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		26/04/2024
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 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	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 et de l'article D311-39 du CASF.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (plan bleu et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.		26/04/2024
E2	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 6 : Réunir la commission de coordination gériatrique de manière régulière conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		26/04/2024
E8	Le projet de soins n'est pas adapté aux spécificités de l'établissement et n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions des articles D.312-158 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	
E9	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF.			
E10	Le RAMA n'est pas signé par le médecin coordonnateur et le directeur, ce qui n'est pas conforme aux articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.	Prescription 8 : Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et le directeur		26/04/2024
R2	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R4	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 2 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.		26/04/2024
R6	Les projets personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 3 : Réaliser une évaluation périodique des projets d'accompagnement individualisés des résidents.		26/04/2024
R5	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.		26/04/2024
R7	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 5 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.		26/04/2024

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)
R3	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 6 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		26/04/2024
R1	Les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	1 mois	