

Le directeur général

Lille, le 13 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0237



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD L'Arche sis 8, Avenue Emile Zola à LILLE (59000) 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 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 27 mars 2023.

Par courriels reçus par mes services les 26 avril, 15 mai et 30 mai 2023, 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.

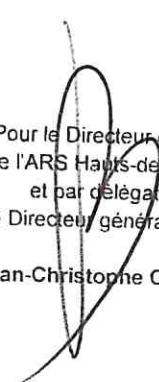
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Daniel MATHIEU
Président de l'Association Ambroise Paré
8, Avenue Emile Zola
59000 LILLE

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

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD L'Arche à LILLE (59000) initié le 18 octobre 2022

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)
E9	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour, en termes de nombre, 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. 311-3-3° du CASF.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.		15/05/2023
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP.	2 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique est inactive, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.			
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD L'Arche n'est pas conforme à la capacité autorisée dans la décision conjointe relative au renouvellement d'autorisation du 24 avril 2017.	Prescription 3 : Respecter la capacité autorisée.		30/05/2023
E11	Le RAMA n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et la directrice ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-10° du CASF.	Prescription 4 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
E10	Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007, aucune formation relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 5 : Organiser de manière régulière auprès des personnels des sensibilisations internes et des formations portant sur : - la promotion de la bientraitance et à la prévention et la lutte contre la maltraitance ; - la déclaration des événements indésirables ; et faire signer systématiquement des feuilles de présence.	3 mois	
R2	Il n'existe pas de plan de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.			
R5	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes contrairement aux recommandations de l'HAS.			
R10	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			

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)
E6	Les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas renseignées dans le livret d'accueil de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E3	Le projet d'établissement, n'ayant pas fait l'objet d'une consultation du CVS avant sa validation, ne répond pas aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E4	En ne précisant pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	En l'absence de consultation des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'article R. 311-33 du CASF n'est pas respecté.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E7	La composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunions par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité la composition du CVS et faire signer systématiquement les procès-verbaux de réunions par le président du CVS conformément aux articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.		30/05/2023
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 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		26/04/2023
R6	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 1 : Evaluer périodiquement les projets personnalisés des résidents et préciser les modalités de leur élaboration.	3 mois	
R7	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.			
R1	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un poste d'infirmier coordonnateur.	Recommandation 2 : Transmettre le contrat de travail de l'infirmier coordonnateur en poste.		26/04/2023

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)
R8	Les transmissions ne sont pas ciblées ce qui ne garantit pas d'assurer la continuité des soins.	Recommandation 3 : Réaliser des transmissions ciblées afin d'assurer la continuité des soins.		30/05/2023
R9	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs.	Recommandation 4 : Etablir un protocole relatif aux soins palliatifs.		30/05/2023
R3	La procédure de gestion des événements indésirables ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	3 mois	
R4	Le taux de turn over des AS et AMP n'a pas été transmis.	Recommandation 6 : Transmettre le taux de turn over des AS et AMP.		26/04/2023