



Le directeur général

Lille, le 30 NOV. 2023

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00334

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur délégué,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Le Champ d'or sis rue Nicolas Galliez à Marquette-en-Ostrevant (59252) 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 11 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 25 septembre 2023. Par courriel reçu par mes services le 24 octobre 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.

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.

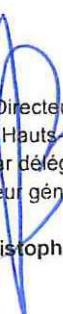
Monsieur Pierre PRUVOST
Directeur délégué
Association ACCES
Abbaye des Guillemins
59127 WALINCOURT-SELVIGNY

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 directeur délégué, 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.

Copie au directeur de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Le Champ d'or à MARQUETTE-EN-OSTREVANT (59252) initié le 11/07/2023

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle	Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
E8 E12	<p>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 ASH ; 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.</p>	
	<p>L'insuffisance des effectifs qualifiés présents par poste, de jour comme de nuit, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité et sécurisée, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 3° du CASF.</p>	<p>P1 : Mettre fin aux glissements de tâches et prévoir des effectifs journaliers suffisants afin d'assurer un accompagnement et des soins de qualités aux résidents accueillis.</p> <p>6 mois</p>

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
E13	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	P2 : Positionner un personnel qualifié la nuit au sein de l'UVA.	1 mois
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	P3 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois
E11	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 D312-157 du CASF.	P4 : Engager le médecin coordonnateur dans une formation diplômante afin de respecter les conditions de qualification mentionnées à l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois
E15	En l'absence de sensibilisations internes à destination du personnel par le médecin coordonnateur, celui-ci ne remplit pas l'intégralité de ses missions et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-8° du CASF.	P5 : Impliquer le médecin coordonnateur à la mise en œuvre de la politique de formation et le faire participer aux actions d'information des professionnels conformément à l'article D. 312-158-8° du CASF.	6 mois

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
E9	En ne comptant pas d'ergothérapeute, ou psychomotricien et d'un psychologue parmi ses effectifs alors qu'il dispose d'un PASA, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0-1 du CASF.	P6: Procéder au recrutement d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien ainsi que d'un psychologue afin de se conformer aux dispositions de l'article D.312-155-0-1 du CASF.	4 mois
E17	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement individualisé révisé annuellement contrairement à l'article D.311 du CASF.	P7: Réviser de façon annuelle l'ensemble des projets individualisés des résidents.	
E7	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	P8: Renouveler régulièrement les casiers judiciaires, notamment les plus anciens.	1 mois
E1	Le directeur d'établissement ne dispose pas d'un document unique de délégation précisant ses compétences et ses missions contrairement à l'article D.312-176-5 du CASF.	P9: Rédiger un document unique de délégation reprenant l'ensemble des compétences et missions précisées à l'article D.312-176-5 du CASF déléguées au directeur d'établissement et prévoyant ou non une subdélégation en cas d'absence du directeur.	2 mois

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
E3	En l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles et D. 311-20 du CASF.	P10 : Faire signer systématiquement les procès-verbaux de CVS par son président conformément aux dispositions des articles et D. 311-20 du CASF.	
E4 E5 E14	En n'ayant pas été consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	P11 : Mettre à jour le projet d'établissement conformément à la réglementation en : <ul style="list-style-type: none">- le soumettant à consultation du CVS- en mettant à jour le plan bleu- en mettant à jour le projet de soins.	4 mois
	Le plan bleu n'a pas été révisé annuellement contrairement 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.		
	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	En ne mentionnant pas l'obligation pour les professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'établissement, de conclure un contrat avec celui-ci, le contrat de séjour ne respecte pas les dispositions de l'article D.311 6°du CASF.	P12 : Mettre à jour le contrat de séjour en incluant la mention de l'obligation pour les professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'établissement, de conclure un contrat avec celui-ci, conformément aux dispositions de l'article D.311 6°du CASF.	2 mois

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
E6	Dans la mesure où les informations contenues dans le règlement de fonctionnement ne concernent pas l'EHPAD le Champ d'Or, l'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un document en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R.311-33 du CASF.	P13 : Etablir un règlement de fonctionnement conforme et propre à l'EHPAD le Champ d'or et le présenter aux instances représentatives du personnel et du conseil de la vie sociale conformément à l'article R.311-33 du CASF.	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P14 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique et en assurer une composition ainsi qu'un fonctionnement conforme à la réglementation.	3 mois
R2	Les missions prévues dans le document unique de délégation mentionnées à l'article D.312-176-5 ne correspondent pas aux missions inscrites sur les fiches de poste du directeur territorial et de la responsable adjointe.	R1 : Répartir clairement dans les fiches de postes les missions de direction de l'établissement entre le directeur territorial et la responsable adjointe	1 mois
R3	Les missions de direction de l'établissement ne sont pas clairement définies entre le directeur territorial et la responsable adjointe.		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
R1	L'établissement n'a pas transmis les diplômes de la responsable adjointe à la mission de contrôle.	R2 : Transmettre à la mission de contrôle les diplômes de la responsable adjointe.	1 mois
R8	Le temps consacré à la coordination des soins est insuffisant au regard des missions à réaliser.	R3 : Augmenter le temps de travail et de présence de l'IDEC au sein de l'établissement	4 mois
R5	En raison notamment de l'absence de bilan annuel des réclamations et d'un plan d'action, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	R4 : Mettre en place davantage d'actions en faveur de la démarche d'amélioration de la qualité notamment en réalisant des bilans des réclamations des usagers et en mettant en place un plan d'actions à mettre en œuvre.	6 mois
R14	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, certains délais de réponse des appels malades sont élevés.	R5 : Mettre en place des actions afin de réduire les délais de réponse aux appels malades.	3 mois
R11	L'établissement n'a pas transmis de planning propre à l'UVA ce qui ne permet pas à la mission de vérifier si la surveillance des résidents de l'UVA est suffisante afin d'assurer un accompagnement de qualité.	R6 : Transmettre à la mission de contrôle un planning propre à l'unité de vie Alzheimer.	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
R6	La procédure de gestion des évènements indésirables manque de formalisme.	R7: Mettre à jour la procédure de gestion des évènements indésirables en identifiant notamment les acteurs.	3 mois
R10	Au jour du contrôle, l'infirmière coordinatrice ne dispose pas d'une formation relative à l'encadrement.	R8: Engager l'infirmière coordinatrice dans une formation relative à l'encadrement.	4 mois
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'établissement.	R9: Mettre en place des réunions institutionnelles au sein de l'établissement.	2 mois
R12	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de poste.	R10: Rédiger des fiches de postes pour l'ensemble du personnel.	
R15	Au jour du contrôle, les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	R11: Mettre en place des transmissions ciblées au sein de l'établissement.	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre
R9	La mission constate un manque de concordance entre les déclarations de l'établissement et les documents transmis.	R12 : Transmettre à la mission de contrôle les documents actualisés concernant l'IDEC (contrat de travail, tableau des effectifs)	1 mois
R13	L'ensemble des items du RAMA n'ont pas été complétés.	R13 : Réviser le RAMA en veillant à y inclure des informations sur la prise en charge des résidents.	4 mois
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant formalisée.	R14 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	
R16	Les protocoles ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.	R15 : Rédiger les protocoles en concertation avec les équipes.	6 mois