

Le directeur général

Lille, le 05 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0245



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Coquelicots et Bleuets sis 66, rue du Général Leclerc à Fouquières-Lès-Lens (62740) 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 21 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 17 avril 2023. Par courrier reçu par mes services le 10 mai 2023, vous avez présenté vos observations 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 BARA
Directeur général
d'APREVA RMS
66, rue du Général Leclerc
62740 FOUQUIERES-LES-LENS

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 général, 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 à Mme Nadine ORELIO, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Coquelicots et Bleuets à Fouquières-Lès-Lens (62740) initié le 21 octobre 2022

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E4	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.	Prescription 1 : Mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E5	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, 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 L311-3-3° du CASF.	Prescription 2 : S'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre et en qualification, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	1 mois	
E6	En l'absence de personnel suffisant en qualification et en nombre, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.			
E7	La surveillance de nuit des résidents de l'UVA n'est pas suffisante et ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L.311-3-1° du CASF.			
E3	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E9	Le RAMA 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 4 : Soumettre le dernier RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E8	Contrairement à la circulaire DGAS 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 lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance n'est organisée au sein de l'établissement.	Prescription 5 : Mettre en place un plan de formation relatif à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance conformément à la circulaire DGAS du 22 mars 2007		
E1	Le conseil de la vie sociale n'a pas été consulté sur le projet d'établissement et aucune autre forme de participation n'est mentionnée contrairement aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 6 : Le projet d'établissement doit être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E2	En n'intégrant pas dans le projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire l'établissement contrevient à l'article D312-160 du CASF.			
R2	Le médecin coordonnateur ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 1 : Rédiger la fiche de poste du médecin coordonnateur en précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D312-158 du CASF.		
R4	Au jour du contrôle, l'IDEC ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 2 : Former l'IDEC aux missions d'encadrement.		
R3	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la fiche de paie de l'IDEC en poste actuellement.	Recommandation 3 : - Rédiger une fiche de poste ou de mission pour l'IDEC. - Transmettre la fiche de paie de l'IDEC.		
R5	L'IDEC ne dispose pas de fiche de poste.			
R12	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formation sur les spécificités des personnes accueillies.	Recommandation 4 : Prévoir des formations du personnel sur les spécificités des personnes accueillies et transmettre l'intégralité des feuilles de présence de celles-ci.		
R13	L'établissement n'a pas transmis l'intégralité des feuilles de présence aux formations.			
R6	En l'absence de feuilles d'emargement attestant la réalisation de sensibilisations à la déclaration des EI, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 5 : - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG. - Mettre à jour la procédure de signalement de déclaration externe des EIG / EIGS aux autorités administratives. - Prévoir l'organisation de RETEX suite à l'analyse des EI et EIG survenu au sein de	3 mois	
R7	Il n'existe pas de procédure, ni de protocole de signalement de déclaration externe des EIG / EIGS aux autorités administratives.			
R8	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
		l'établissement.		
R9	L'établissement n'a pas mis en place de démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 6 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.		
R11	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes (AS) élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Analyser les causes de l'absentéisme du personnel AS, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.		
R16	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont réalisées que de manière occasionnelle suite à incident ou réclamation.	Recommandation 8 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	1 mois	
R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Actualiser la procédure d'admission.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 10 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.		
R18	Au jour du contrôle, les protocoles ne sont pas tous évalués périodiquement.	Recommandation 11 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	
R1	Les qualifications et diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 12 : Transmettre les diplômes et qualifications du médecin coordonnateur		
R17	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 13 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes réalisées.		
R15	L'établissement n'a pas transmis la procédure d'élaboration du PAP à la mission de contrôle.	Recommandation 14 : Transmettre la procédure d'élaboration du PAP.		