

Le directeur général

Lille, le **14 SEP. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00044

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président, Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Louise Weiss sis rue Constant Hatte à NŒUX-LES-MINES (62290) 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 03 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 24 juillet 2023.

Par courrier reçu par mes services le 11 août 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.

Docteur Paul-Henri CHAPUY, Président du Conseil d'Administration
Monsieur Pierre-Yves GUIAVARCH, Directeur Général
Groupe ACPPA
7 chemin du Gareizin
69340FRANCHEVILLE

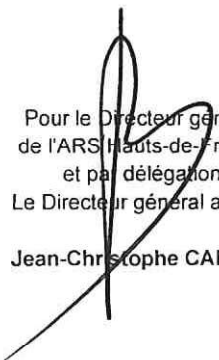
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

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, Monsieur le directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

Copie à la direction de l'établissement



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 Louise Weiss à NCEUX-LES-MINES (62290) initié le 03 avril 2023

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'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'État 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 afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E7	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 L. 311-3-1° du CASF.			
E8	En raison de la présence d'une seule Assistante de Soins en Gériatrie (ASG), le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme au cahier des charges PASA.	Prescription 2 : Respecter le cahier des charges sur le fonctionnement du PASA.		

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)
E5	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E6	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 mois	
E11	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé d'accompagnement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : Etablir les projets personnalisés d'accompagnement des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF.	3 mois	
E9	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158 alinéa 10.	Prescription 6 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant : <ul style="list-style-type: none"> - la co-signature par le médecin coordonnateur et la directrice ; - la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique. 	3 mois	
E1	Au regard de ces éléments, la mission de contrôle constate que l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en vigueur et ne respecte donc pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 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)
R5	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle et n'est pas annexé au projet d'établissement.			
E2	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de consultation du CVS ou une autre forme de participation dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E10	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E3	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.	Prescription 8 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	1 mois	
R6	Les contrats de travail de 3 membres du personnel n'ont pas été révisés au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.	Recommandation 1 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des contrats, des diplômes et des extraits de casier judiciaire des personnels soignants et réviser les contrats de travail des personnels au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.	1 mois	
R7	Au jour du contrôle, l'ensemble des contrats, des diplômes et des extraits de casier judiciaire du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			

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)
R3	Le règlement intérieur du conseil de la vie sociale, au jour du contrôle, n'est pas valide.	Recommandation 2 : Transmettre le compte-rendu attestant la validation du règlement intérieur du CVS et la composition du CVS.	1 mois	
R4	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle.			
R14	Le temps de réponse moyen sur les délais de réponse des appels malades est élevé.	Recommandation 3 : Identifier les leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	3 mois	
R10	La Responsable Pôle Soins ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 4 : S'assurer que la Responsable Pôle Soins dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R13	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Mettre à jour la procédure d'admission.	3 mois	
R15	Les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs ne sont pas cités dans les documents remis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs.		
R16	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 7 : Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.		
R17	En l'absence de dates de mise à jour des protocoles dans le document transmis, leur évaluation périodique n'est pas garantie.	Recommandation 8 : Transmettre la liste des protocoles en vigueur avec date d'élaboration et de révision.	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)
R11	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste notamment les aides-soignants/assistants de soins en gériatologie, les auxiliaires de vie et les agents de service hôtelier.	Recommandation 9 : Etablir la fiche de poste/fonction pour les aides-soignants/assistants de soins en gériatologie, les auxiliaires de vie et les agents de service hôtelier.	1 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale de manière régulière.	Recommandation 10 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	6 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.		
R2	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.		
R9	Aucun compte-rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	1 mois	
R12	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 14 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.		