

Le directeur général

Lille, le **27 OCT. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00170


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président, Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Guynemer situé au 100 avenue François Mitterand à WIMEREUX (62930) 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 10 mai 2023.

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

Par courrier reçu par mes services le 29 septembre 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

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

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.



Hugo GILARDI

Copie à Florence DROUET, la directrice de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Guynemer à WIMEREUX (62930) initié le 10 mai 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)
E8	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement des effectifs constants afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	/	

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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>

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)

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 n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E6	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription n°3 : Engager le médecin coordonnateur dans une formation conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF, et transmettre le justificatif de formation.	6 mois	
E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	/	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	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)
E9	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations portant sur la promotion de la bientraitance, contrairement aux modalités instaurés par 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.	Prescription n°6 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, conformément aux modalités instaurés par 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.	3 mois	
E2	En l'absence du médecin coordonnateur, la composition du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription n°7 : Revoir la composition du CVS, notamment en intégrant le médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	/	

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)
E3	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°8 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312158 du CASF.	6 mois	
E10	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
E4	En l'absence de consultation du CVS, et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription n°9 : Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel sur le contenu du règlement de fonctionnement, et ajouter la mention dans ce dernier, conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	3 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)
E11	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur, et il n'est pas soumis à la commission de coordination gériatrique, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°10 : Faire cosigner le RAMA par le médecin coordonnateur et le directeur, et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
R4	Les contrats de travail de plusieurs professionnels, sont en inadéquation avec les postes occupés.	Recommandation n°1 : Mettre en concordance, pour tous les professionnels, les contrats de travail avec les diplômes détenus et les postes occupés.	/	
R3	Les diplômes, les contrats et les extraits de casiers judiciaires n'ont pas été remis de manière exhaustive à la mission de contrôle.	Recommandation n°2 : Transmettre de manière exhaustive à la mission de contrôle, l'ensemble des diplômes, des contrats de travail, et des extraits de casiers judiciaires.	/	
R5	Les enquêtes de satisfaction auprès des résidents ne sont pas réalisées annuellement.	Recommandation n°3 : Réaliser pour l'année 2023, une enquête de satisfaction auprès des résidents, et pérenniser la démarche.	/	

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)
R9	La procédure d'admission est incomplète et elle n'a pas été actualisée depuis 2017.	Recommandation n°4 : Réviser la procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 26 du rapport de contrôle).	3 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux conduites à tenir en cas d'urgence.	Recommandation n°5 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : • les troubles du comportement ; • les conduites à tenir en cas d'urgence.	3 mois	
R12	Les protocoles / procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°6 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	/	

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)
R6 L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	<p>Recommandation n°7 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.</p>	3 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)
R7	L'établissement ne formalise pas systématiquement des comptes rendus dans le cadre de la réalisation de ses CREX.	Recommandation n°8 : Rédiger systématiquement des comptes rendus de CREX, en valorisant la méthodologie utilisée pour analyser les événements indésirables survenus : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	/	
R1	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation n°9 : Définir et formaliser les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	/	

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)
R8	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 n°10 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	
R10	En l'absence de transmission du contenu du projet d'accompagnement personnalisé type, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'ensemble des attentes et des besoins de la personne accompagnée sont étudiés dans ses dimensions pédagogique, psychoaffective, sociale, et thérapeutique.	Recommandation n°11 : Transmettre la trame du projet d'accompagnement personnalisé type, précisant les éléments renseignés dans les onglets du module PPA du logiciel Titan.	/	
R2	En l'absence de transmission du plan canicule, la mission de contrôle ne peut s'assurer de sa conformité.	Recommandation n°12 : Transmettre le plan canicule.	/	

