

**Le directeur général**

Lille, le **04 DEC. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00291  


**LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, la PUV Les Héliantines sis 13 rue de Noyelles à CAMBRIN (62149) 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 05/07/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 02/10/2023.

Par courrier reçu par mes services le 31/10/2023, 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](mailto: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 Léon COPIN  
Président  
SEM SPAPA  
245 rue des Résistants  
62980 NOYELLES-LES-VERMELLES

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

Copie au directeur de l'établissement, Monsieur Stéphane LAURENT

Pièce(s) jointe(s) :

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

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Contrôle sur pièces de la PUV Les Héliantines à CAMBRIN (62149) initié le 05/07/2023**

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)
E9  L'inconstance des effectifs présents par poste horaire le jour et la nuit, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 3° du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E8  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 ;			

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)
	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.			
E1	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 2:</b> Recruter un médecin coordonnateur conformément aux articles D.312-155-0 et D.312-156 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)
E3	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 3:</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>4 mois</b>	
E2	Le directeur ne dispose pas d'un document unique de délégation signé et conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	<b>Prescription 4:</b> Formaliser un document unique de délégation conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-5 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)
E10	Contrairement à 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, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	<b>Prescription 5 :</b> Former et sensibiliser régulièrement le personnel à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance.	<b>4 mois</b>	
E6	En ne disposant pas au jour du contrôle d'un plan bleu mis à jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Formaliser un plan bleu conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	<b>45 jours</b>	

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	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :		
E5	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en conformité la composition du CVS ;</li> <li>- Mettre à jour le projet d'établissement ;</li> <li>- Réviser le livret d'accueil ;</li> <li>- Formaliser un projet de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante.</li> </ul>	6 mois	
E7	Les coordonnées téléphoniques de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

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	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E12	Le RAMA n'a pas rédigé par le médecin coordonnateur et il n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrevient aux dispositions des articles D. 312-155-3 alinéa 9 et D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Réviser le RAMA conformément aux dispositions des articles D. 312-155-3 alinéa 9 et D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	<b>4 mois</b>	

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	En l'absence de transmission du tableau récapitulatif des effectifs demandé en pièce 2.35 du contrôle sur pièces, la pluridisciplinarité des équipes ne peut être garantie.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre le tableau des effectifs (pièce 2.35 du contrôle sur pièce).	<b>2 mois</b>	
R2	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée.	<b>Recommandation 2 :</b> Formaliser l'organisation de la permanence de direction.	<b>1 mois</b>	

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	En l'absence de transmission de justificatifs de formation, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 3 :</b> Transmettre les justificatifs de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables (ex : feuilles d'émargement).	1 mois	
R4	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	<b>Recommandation 4 :</b> Réviser la procédure de gestion de déclaration et de gestion des événements indésirables.	1 mois	
R10	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.	<b>Recommandation 5 :</b> Transmettre les justificatifs de réalisation de formations régulières relatives à la sensibilisation du personnel aux transmissions ciblées.	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)
R9	En ne transmettant pas à la mission contrôle les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malade, la mission contrôle ne peut garantir leur effectivité dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	<b>Recommandation 6 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et transmettre les résultats à la mission contrôle.	3 mois	
R6	Le taux d'absentéisme des années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre les taux de turn-over et d'absentéisme, les étudier, identifier les leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	4 mois	
R7	Le taux de turn over des années 2020, 2021 et 2022 n'ont 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)
R8	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 8 :</b> Réviser la procédure d'admission.	<b>1 mois</b>	
R11	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<b>Recommandation 9 :</b> Evaluer les protocoles de façon périodique.	<b>6 mois</b>	
R1	Le contrat de travail de la directrice n'a pas été transmis à la mission contrôle.	<b>Recommandation 10 :</b> Transmettre le contrat de travail de la directrice à la mission contrôle.		