

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00296



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Monsieur Bruno DONIUS  
Directeur Général  
Centre Hospitalier de La Bassée  
32, rue des Fossés  
59480 LA BASSEE

### **LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Arc-en-Ciel sis 32 rue des Fossés à LA BASSEE (59480) initié le 24 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Arc-en-Ciel sis 32 rue des Fossés à LA BASSEE (59480) 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 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 28 novembre 2024.

Par courrier reçu le 19 décembre 2024, 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.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



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 Arc-en-Ciel à LA BASSEE (59480) initié le 24 juillet 2024.

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> ) |  | 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   | Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | <b>Prescription 1 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. |                        | <b>19/12/2024</b>   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> ) |  | 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   | En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables. | <b>Prescription 2 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.  |                          | 19/12/2024  |
| E5   | Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0.6 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.  | <b>Prescription 3 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | Dès réception du rapport |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité) |  | 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| 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. | <b>Prescription 4 :</b> S'assurer que le temps de travail (0.6 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.  |                        | <b>19/12/2024</b>   |
| E1  | En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.   | <b>Prescription 5 :</b> Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunir le CVS 3 fois par an ;</li> <li>- Réviser le projet d'établissement ;</li> <li>- Mettre à jour le livret d'accueil ;</li> <li>- Réviser le contrat de séjour.</li> </ul> | <b>6 mois</b>          |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> ) |  | 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) |
|--|--|---------------------------------------|------------------------|---|
| E2   | En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et en ne reprenant pas l'ensemble des dispositions de l'article D311-38-3 du CASF, le projet d'établissement contrevient à la réglementation en vigueur. |                                       |                        |   |
| E3   | En l'absence de précisions sur les coordonnées des autorités administratives compétentes en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.  |                                       |                        |   |
| E8   | Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.  |                                       |                        |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité) |  | 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| E7  | Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement. | <b>Prescription 6 :</b> Faire signer conjointement le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique. | 3 mois                 |   |
| R7  | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux soins palliatifs et à la fin de vie.   | <b>Recommandation 1 :</b> Formaliser des protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux soins palliatifs et à la fin de vie.   |                        | 19/12/2024  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> ) |   | 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) |
|--|---|---|------------------------|---|
| R1   | L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes. | <b>Recommandation 2 :</b> Formaliser un bilan annuel effectif des réclamations et plaintes des usagers. |                        | <b>19/12/2024</b>   |



| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité) |   | 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) |
|---|---|---|------------------------|---|
| R2  | L'établissement ne réalise pas, au jour du contrôle, d'enquête de satisfaction globale annuellement.  | <b>Recommandation 3 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.  |                        | 19/12/2024  |
| R8  | En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.     | <b>Recommandation 4 :</b> Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes et externes réalisées.                               | 1 mois                 |   |
| R4  | L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé pour les années 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | <b>Recommandation 5 :</b> Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. |                        | 19/12/2024  |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité) |   | 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  | L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé pour les IDE et AS pour les années 2020 et 2021 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | <b>Recommandation 6 :</b> Étudier les causes de turn over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. |                        | 19/12/2024  |
| R6  | La procédure d'admission est incomplète.  | <b>Recommandation 7 :</b> Réviser la procédure d'admission.   |                        | 19/12/2024  |
| R3  | Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.  | <b>Recommandation 8 :</b> Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.  |                        | 19/12/2024  |