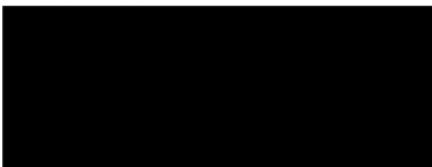


Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00316



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Florent SIMON
Directeur
EHPAD Résidence Saint Louis
703 route de Merckeghem
59470 BOLLEZEELE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Saint Louis sis 703 route de Merckeghem à Bollezeele (59470) initié le 14 décembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Saint Louis sis 703 route de Merckeghem à Bollezeele (59470) 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 14 décembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11 avril 2024.

Par courrier reçu le 21 mai 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

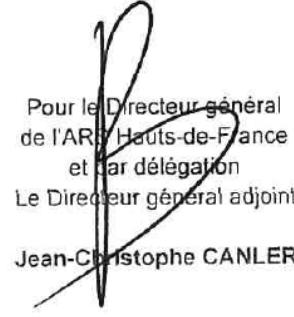
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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, 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(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Saint Louis à BOLLEZEELE (59470) initié le 14 décembre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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, au jour du contrôle, 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, 3° du CASF.	Prescription 1: Recruter le personnel nécessaire et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, afin de garantir aux résidents la qualité de leur prise en charge, de leur accompagnement, et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.		21/05/2024
E4	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national et la nature du diplôme obtenu des agents, 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.	Prescription 2 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
E13	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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.	Prescription 3 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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 temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur et s'assurer que ce temps est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.		
E7	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.		1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	Prescription 5: Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	En l'absence de signalement des évènements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 6 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		21/05/2024
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	<p>Prescription 8 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :</p> <ul style="list-style-type: none">- Rédiger un projet d'établissement et un projet de soins ;- Réviser le livret d'accueil ;- Réviser le contrat de séjour.		
E3	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.		6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E12	La réalisation d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois, précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne accueillie, n'est pas mentionnée dans le contrat de séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E11	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 9: Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle.	Recommandation 1: Transmettre à la mission contrôle le procès-verbal relatif à la composition du conseil de la vie sociale.		21/05/2024
R15	Le temps de travail du médecin coordonnateur indiqué par l'établissement est différent du temps de travail acté dans son contrat de travail, sur sa fiche de paye et dans le tableau récapitulatif des effectifs (pièces justificative 2.34).	Recommandation 2 : Justifier l'incohérence entre le temps de travail du médecin coordonnateur indiqué par l'établissement, celui sur son contrat de travail, celui sur sa fiche de paye et celui dans le tableau récapitulatif des effectifs (pièces justificative 2.34).	1 mois	
R14	Il existe dans les effectifs soignants de l'établissement une infirmière dont le temps de travail est de 0 ETP.	Recommandation 3 : Justifier l'existence une infirmière dont le temps de travail est de 0 ETP dans les effectifs soignants.		21/05/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R24	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des PAP formalisée.	Recommandation 4: Formaliser un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.		21/05/2024
R23	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation 5: Transmettre à la mission contrôle le planning de programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		21/05/2024
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	Recommandation 6: Formaliser une procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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 l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement relatives à la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.		21/05/2024
R11	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 8 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R18	Les taux d'absentéisme des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre à la mission contrôle les taux d'absentéisme et de turn over des équipes soignantes pour les années 2020, 2021 et 2022.	1 mois	
R19	Les taux de turn over des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			
R26	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 pas réalisées.	Recommandation 10 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	En l'absence de transmission de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes, la mission contrôle ne peut garantir leur réalisation.	Recommandation 11: Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction auprès des résidents.	Recommandation 12: Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière pour les résidents, les familles et les équipes.	6 mois	
R30	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.	Recommandation 13: Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors des formations internes et externes.	4 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R29	Le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 14: Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	5 mois	
R28	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.			
R20	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir la réalisation de sensibilisations et de formations internes et externes.	Recommandation 15: Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.		21/05/2024
R13	Les livrets d'accueil des agents contractuels « court contrat » et « long contrat » sont incomplets.	Recommandation 16: Réviser les livrets d'accueil des agents contractuels « court contrat » et « long contrat ».	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant et d'un livret d'accueil pour tous ses agents.	Recommandation 17: Formaliser un livret d'accueil pour l'ensemble des agents et une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R21	L'établissement n'a pas transmis à la mission contrôle le plan de formation prévisionnel de l'année 2023.	Recommandation 18: Transmettre à la mission contrôle le plan de formation prévisionnel de l'année 2023.		21/05/2024
R8	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charges et des prestations.	Recommandation 19: Rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 20: Formaliser et définir les modalités d'intérim en cas d'absence du directeur.	1 mois	
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 21: Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R3	En l'absence de transmission de justificatifs d'organisation de réunions entre le gestionnaire et le directeur de l'établissement, la mission contrôle ne peut garantir leur existence.	Recommandation 22: Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.		21/05/2024
R22	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Recommandation 23: Formaliser une procédure d'admission.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R25	L'établissement n'a pas précisé à la mission contrôle l'heure à laquelle sont prévus les couchers.	Recommandation 24 : Transmettre à la mission de contrôle les modalités d'organisation des couchers.		21/05/2024
R27	L'établissement n'a pas transmis à la mission contrôle les horaires des transmissions et les personnels qui y participent.	Recommandation 25 : Transmettre à la mission de contrôle les modalités d'organisation des transmissions (horaires, personnel y participant, etc).		21/05/2024
R16	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.	Recommandation 26 : Formaliser une fiche de poste pour le médecin coordonnateur précisant les missions qui lui sont confiées au regard des dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.		21/05/2024
R17	La cadre de santé ne dispose pas de fiche de poste précisant ses missions d'encadrement et de coordination des soins.	Recommandation 27 : Formaliser une fiche de poste pour la cadre de santé précisant ses missions d'encadrement et de coordination.		21/05/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 28 : Formaliser une fiche de poste pour le directeur.	2 mois	