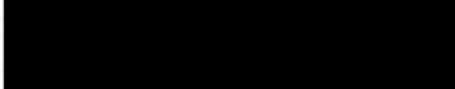


Lille, le - 7 DEC. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0254


Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Frédéric DEVAUX
Directeur de l'EHPAD
Le Clos du Moulin
101, chemin des loups
59299 BOESCHEPE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Le Clos du Moulin sis 101, chemin des loups à Boeschepe (59299) initié le 21 octobre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Le Clos du Moulin sis 101, chemin des loups à Boeschepe (59299) 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 21 octobre 2022.

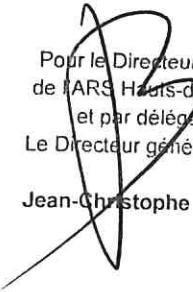
Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 18 octobre 2023. Par courrier reçu le 17 novembre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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, 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 Le Clos du Moulin à BOESCHEPE (59299) initié le 21 octobre 2022

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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire (de jour, de nuit), en termes de nombre et de qualification des agents, y compris en UVA, 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, 1 ^o du CASF.	Prescription 1 : Recruter le personnel nécessaire 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 et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	1 mois	
E11	La surveillance de nuit de l'UVA n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 ^o du CASF.			
E16	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
E9	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'Etat 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'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la	Prescription 2 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	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)
	responsabilité d'un IDE.			
E7	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 3 : Transmettre l'attestation de formation effective concernant la formation du médecin coordonnateur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF		
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF et transmettre la répartition en ETP de ses missions de coordination et de prescription.	2 mois	
R5	L'établissement n'a pas précisé la répartition des ETP entre les missions de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur.			
E8	La fiche de poste du médecin coordonnateur transmise par l'établissement ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		
E14	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.		
E12	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	Prescription 7 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.		

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)
	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.			
E1	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.			
E2	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E13	Le projet de soins n'est pas intégré dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.			
E4	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 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)
E5	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS.	3 mois	
E17	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 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
R2	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence du directeur.	Recommandation 1 : Organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.		
R6	L'infirmier coordinateur ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 2 : S'assurer que l'IDEC dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.		
R7	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 3 : Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX et l'appliquer.		
R9	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			
R8	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 4 : Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.		
R10	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 5 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.		

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)
R16	Dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 6 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades.	1 mois	
R11	L'EHPAD n'a pas adopté une démarche qualité et gestion des risques portant sur l'ensemble des processus en développant des actions d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 7 : Rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.		
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 8 : Rédiger une procédure d'accueil du nouvel arrivant.		
R15	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Mettre à jour la procédure d'admission.	2 mois	
R17	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs.	Recommandation 10 : Rédiger le protocole relatif aux soins palliatifs.	1 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 11 : Mettre à jour l'organigramme.		
R13	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme élevé pour les IDE sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 12 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des IDE, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R19	L'établissement n'a pas formalisé l'ensemble des partenariats.	Recommandation 13 : Formaliser l'ensemble des partenariats établis avec l'EHPAD.	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)
R3	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus des réunions institutionnelles (CODIR), ce qui ne permet pas de s'assurer que celles-ci se tiennent de manière régulière.	Recommandation 14 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des comptes rendus des réunions institutionnelles (CODIR).		
R4	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière.	Recommandation 15 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.		
R14	En l'absence de l'ensemble des feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 16 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations réalisées.		
R18	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.	Recommandation 17 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.	1 mois	