

Lille, le 25 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00139



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Caroline RUGET
Directrice de l'EHPAD Albert du
Bosquiel
Rue Norbert Ségard
59910 BONDUES

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Albert du Bosquiel sis rue Norbert Ségard à Bondues (59910) initié le 19 avril 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Albert du Bosquiel sis rue Norbert Ségard à Bondues (59910) 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 19 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 12 juin 2023. Par courrier reçu le 10 juillet 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

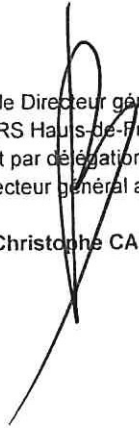
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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 Albert du Bosquiel à BONDUES (59910) initié le 19 avril 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E10	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour, y compris en UVA, 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. 311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches, s'assurer d'un nombre suffisant de personnel en nombre et en qualification, y compris en UVA, et stabiliser les équipes afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E7	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 ASH. Ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
	soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.			
E11	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
R9	Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E9	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 3 : Etablir une fiche de poste du médecin coordonnateur conforme en reprenant les missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E12	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.	Prescription 4 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois	
E13	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé systématiquement, n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription 5 : Etablir un RAMA annuellement, le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice d'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E5	Les coordonnées du Conseil Départemental ainsi que les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ne sont pas précisées dans le livret d'accueil ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E3	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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 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.			
E2	La composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par sa présidente, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer systématiquement les procès-verbaux des réunions de CVS par sa présidente conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - mettant à jour le règlement intérieur du CVS. 	3 mois	
R2	Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E6	En l'absence de signalement des événements 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 9 : 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 médico-sociales.		10/07/2023
R10	L'absence d'IDEC au sein de l'établissement ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	Recommandation 1 : Procéder au recrutement d'un IDEC.		10/07/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
R3	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.	Recommandation 2 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	1 mois	
R4	Les dossiers de 2 membres du personnel n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : Transmettre les dossiers du personnel manquants.	1 mois	
R5	Le contrat de travail d'un membre du personnel ne correspond pas au diplôme et au poste occupé.	Recommandation 4 : Réviser le contrat de travail du professionnel au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
R14	Les transmissions orales ne sont pas organisées quotidiennement ce qui ne garantit pas une circulation optimale des informations et la continuité des soins.	Recommandation 5 : Organiser des transmissions orales quotidiennes.		10/07/2023
R12	La procédure relative à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de vie individualisé manque de précisions sur les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi.	Recommandation 6 : Préciser dans la procédure les modalités d'élaboration des projets de vie individualisés, leur mise en œuvre et leur suivi.	3 mois	
R6	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	Recommandation 7 : Rédiger un plan d'action relatif aux actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
R8	L'établissement ne réalise pas de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 8 : Organiser des RETEX suite à l'analyse des événements indésirables et le mentionner dans la procédure.	3 mois	
R7	En l'absence de feuilles d'émargement relatives à la déclaration des événements indésirables, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 9 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et faire signer systématiquement des feuilles d'émargement pour les formations et sensibilisations.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
R11	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 10 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R15	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 11 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R16	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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	Des comptes rendus ne sont pas systématiquement rédigés suite aux CODIR.	Recommandation 12 : Rédiger les comptes rendus de CODIR.	3 mois	
R13	Les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades ainsi que les actions mises en place n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 13 : Transmettre les résultats des études sur les délais de réponse aux appels malades ainsi que les éventuelles actions mises en place.	1 mois	