

Le directeur général

Lille, le 19 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00035


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Le Bosquet sis 3, rue Aristide Briand à Haubourdin (59320) 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 27 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 19 mai 2023. Par courrier reçu par mes services le 21 juin 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.

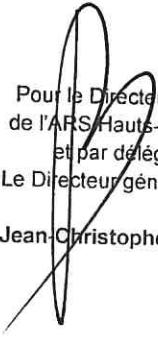
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Monsieur Nicolas UTZSCHNEIDER
Directeur général
Groupe UNIVI
20, rue Jacques Daguerre
92500 RUEIL-MALMAISON

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 directeur général, 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

Pièce jointe :

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

Copie à Madame Sheila MPAKA, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD La Bosquet à HAUBOURDIN (59320) initié le 27 mars 2023.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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	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 ASH. 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et stabiliser les équipes afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 1 ^o du CASF.	1 mois	
R6	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 (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)
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD Résidence Le Bosquet n'est pas conforme à la capacité autorisée dans la décision conjointe du 3 août 2020.	Prescription 2 : Respecter l'autorisation.		21/06/2023
E8	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Recruter un médecin coordonnateur à 0,60 ETP et transmettre son contrat de travail conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E2	En n'ayant pas mis en œuvre la commission de coordination gériatrique depuis 2019, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Réunir la commission de coordination gériatrique au minimum 1 fois par an conformément à la réglementation.	3 mois	
E9	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.	Prescription 5 : Faire co-signer le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		21/06/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 6 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire et transmettre les casiers judiciaires manquants des personnels soignants.	1 mois	
R3	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.			
E4	Le projet d'établissement, n'ayant pas fait l'objet d'une consultation du CVS avant sa validation, ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 7 : Soumettre le projet d'établissement au CVS pour validation conformément à l'article L. 311-8 du CASF.		21/06/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
E5	En n'ayant pas révisé le règlement de fonctionnement 5 ans après son adoption, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 8 : Réviser le règlement de fonctionnement au maximum tous les 5 ans conformément aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.		21/06/2023
E3	La composition du CVS n'étant pas conforme et en l'absence de signature systématique des procès-verbaux de réunion par son président, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-6, D. 311-9 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - faisant signer les procès-verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF, - mettant à jour le règlement intérieur.	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 (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)
E10	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.	Prescription 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		21/06/2023
R9	L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation interne.	Recommandation 1 : Etablir un plan de formation interne et faire signer systématiquement des feuilles de présence lors des formations internes et externes.		21/06/2023
R12	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations ou sensibilisations sur les protocoles internes.	Recommandation 2 : Faire signer la délégation de pouvoirs de la directrice par le délégué.		21/06/2023
R1	La délégation de pouvoirs de la directrice n'est pas signée par le délégué.			21/06/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
R7	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme et de turn over élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 3 : Analyser les causes de l'absentéisme et du turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.		21/06/2023
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'établissement.	Recommandation 5 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'établissement.	3 mois	
R4	Les dossiers de 5 membres du personnel n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre les dossiers manquants du personnel.		21/06/2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (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)
R8	L'établissement ne dispose pas de fiches de tâches pour les postes d'IDE, ASD de jour et de nuit, agent hôtelier spécialisé et ASH de jour et de nuit.	Recommandation 7 : Etablir les fiches de tâches pour les postes d'IDE, ASD de jour et de nuit, agent hôtelier spécialisé et ASH de jour et de nuit.	3 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas d'un protocole relatif à la nutrition.	Recommandation 8 : Etablir le protocole relatif à la nutrition.	3 mois	
R13	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 9 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	3 mois	