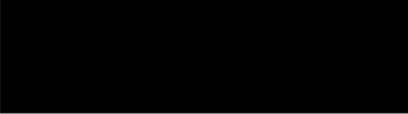


Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00367


Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Madame Hélène DEVOS
Directrice
EHPAD Résidence Henry Bouchery
37 rue Victor Vigneron
59930 LA CHAPELLE
D'ARMENTIERES

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Henri Bouchery sis 37 rue Victor Vigneron à La Chapelle-d'Armentières (59930) initié le 6 novembre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence Henri Bouchery sis 37 rue Victor Vigneron à La Chapelle-d'Armentières (59930) 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 6 novembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 29 mars 2024.

Par courrier reçu le 29 avril 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

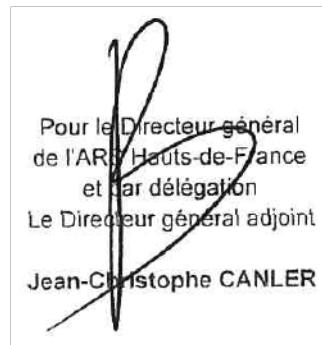
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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.



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 Henri Bouchery à LA CHAPELLE D'ARMENTIERES (59930) initié le 6 novembre 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)
E11 L'inconstance des effectifs présents, en nombre et en qualification, le jour et la nuit, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	<p>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.</p>	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	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 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 responsabilité d'un IDE.			
E16	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

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	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2: Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception des mesures	
E10	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: Engager le médecin coordonnateur dans une formation diplômante 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.	Dès réception des mesures	
E5	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme, 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 4: Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.		

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)
E15	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	2 mois	
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 la maltraitance, les formations et sensibilisations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance ne sont pas suffisamment organisées au sein de l'établissement.	Prescription 6 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément 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)
E7	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 7 : 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 et former le personnel au signalement.		
E6	En l'absence de transmission de justificatifs de formation, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.		1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 8 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E2	En ne se réunissant pas au minimum trois fois par an, le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 9 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : - Réunir le CVS trois fois par an au minimum ; - Faire valider le projet d'établissement par le CVS ;	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)
E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le projet d'établissement n'est pas conforme à l'article L. 311-8 du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser le livret d'accueil ; - Elaborer un projet de soins rédigé par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante ; - Réviser le contrat de séjour. 		
E4	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E13	Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF.			

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)
E14	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.			
R10	L'établissement n'a pas complété la partie relative aux informations concernant l'IDEC dans la pièce justificative "1.1. Questionnaire" du contrôle et n'a pas transmis le contrat de travail de l'infirmière coordinatrice.			
R11	L'établissement n'a pas complété la partie relative aux informations concernant l'IDEC dans la pièce justificative "1.1. Questionnaire" du contrôle et n'a pas transmis les diplômes spécifiques au métier d'encadrement de celui-ci.	Recommandation 1 : Compléter la partie relative aux informations concernant l'IDEC dans la pièce justificative "1.1. Questionnaire" du contrôle et transmettre son contrat de travail ainsi que ses diplômes.		
R14	Les AS, AMP et ASH dispose de la même fiche de poste.	Recommandation 2 : Formaliser des fiches de poste distinctes pour les AS, AMP et ASH de jour et de nuit (si concerné).		

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)
R15	La fiche de tâches de nuit ne fait pas la distinction entre les AS et les ASH.	Recommandation 3 : Formaliser des fiches de tâches distinctes pour les AS et les ASH de nuit.		
R19	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 4 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	2 mois	
R16	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation 5 : Transmettre à la mission contrôle les feuilles d'émarginement des formations internes.	1 mois	
R4	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 6 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.		

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	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 7: Rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	4 mois	
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX à la suite de la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation 8 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	2 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation 9: Formaliser les procédures de gestion interne et externe des événements indésirables en y intégrant la réalisation de RETEX.	3 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion externe des événements indésirables.			
R18	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé formalisé.	Recommandation 10: Formaliser un protocole d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.	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)
R20	Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.	Recommandation 11: Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel.		
R1	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 12: Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière et établir des comptes rendus.	3 mois.	
R2	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement pour les résidents, les familles et les employés.	Recommandation 13 : Réaliser des enquêtes de satisfaction globale de manière régulière.	4 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 14: Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R21	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 15 : Formaliser un protocole relatif aux soins palliatif et à la fin de vie.	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)
R22	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 16 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	4 mois	
R12	Les taux d'absentéisme des effectifs soignants n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 17 : Transmettre à la mission contrôle les taux d'absentéisme et les taux de turn-over des effectifs soignants pour les années 2020, 2021 et 2022.	1 mois	
R13	Les taux de turn-over des effectifs soignants n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			
R17	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 18 : Réviser la procédure d'admission.	2 mois	
R9	Le livret d'accueil du salarié est incomplet.	Recommandation 19 : Réviser le livret d'accueil du salarié.		