



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00296
[REDACTED]

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Le Château du Bois sis 145 impasse Eole à OYE PLAGE (62215) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 novembre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 11 décembre 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.

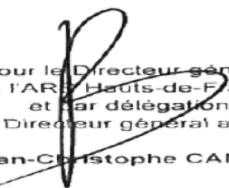
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7 Allée Haussmann
33300 BORDEAUX

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 effectives des actions prévues.

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'agrérer, Madame la présidente, 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

Copie à Monsieur Henri LEBLANC, directeur de l'établissement.

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 Château du Bois à OYE PLAGE (62215) initié le 10 juin 2024.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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 Au jour du contrôle, 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 responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches, 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. Réviser les fiches de tâches des AS et ASH.	Dès réception du rapport	
E9 L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 2 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée conformément aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.		11/12/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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	Au regard des horaires des premiers couchers, la mission de contrôle ne peut garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : Organiser les couchers de manière à garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.		11/12/2024
E5	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 5 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E2	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF, le projet d'établissement contrevient à la réglementation en vigueur.	Prescription 6 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées : - Réviser le projet d'établissement ; - Mettre à jour le livret d'accueil ; - Réviser le contrat de séjour.	6 mois	
E4	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et des coordonnées des autorités administratives compétentes en la matière, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E8	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (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 commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réunie depuis 2022 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	Prescription 7: Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		11/12/2024
E7	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le rapport annuel d'activité médicale transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	Prescription 8: Faire signer conjointement le rapport annuel d'activité médicale par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique.		11/12/2024
R4	Le règlement intérieur du CVS est incomplet.	Recommandation 1: Compléter le règlement intérieur du CVS.	2 mois	
R5	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation 2: Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.		11/12/2024
R6	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 3: Formaliser un plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.		11/12/2024
R7	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 4: Formaliser un bilan annuel effectif des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
R10	La procédure de déclaration externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins n'a pas été révisée depuis 2017.	Recommandation 5 : Organiser et formaliser la révision périodique des protocoles et procédures.	4 mois	
R8	La procédure de gestion interne des événements indésirables n'a pas été révisée depuis 2017.			
R20	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			
R13	L'infirmier coordinateur ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 6 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.		11/12/2024
R14	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé pour les années 2021 et 2023 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 7 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
R19	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 8: Elaborer les protocoles en concertation avec les équipes.		11/12/2024
R18	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence ainsi qu'aux soins palliatifs.	Recommandation 9: Formaliser des protocoles relatifs aux troubles du comportement, à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence ainsi qu'aux soins palliatifs.	2 mois	
R9	Les comptes rendus de RETEX ne sont pas formalisés.	Recommandation 10: Formaliser les comptes rendus de RETEX.		11/12/2024
R1	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 11: Définir et formaliser les modalités d'intérim en l'absence du directeur.		11/12/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
R2	Le directeur ne participe pas aux instances de l'organisme gestionnaire.	Recommandation 12 : Mettre en place des réunions institutionnelles de façon régulière entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	
R17	Le manque de précision concernant le temps de réponse moyen aux dispositifs d'appel malade ne permet pas l'exploitation des données.	Recommandation 13 : Formaliser et transmettre un bilan des études réalisées quant au temps de réponse moyen aux dispositifs d'appel malade.	2 mois	
R15	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 14 : Réviser la procédure d'admission.		11/12/2024
R3	Les comptes rendus des trois derniers CODIR au jour du contrôle n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 15 : Transmettre à la mission de contrôle les comptes rendus des trois derniers CODIR.		11/12/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
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 16: Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives à la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
R12	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle les informations et justificatifs relatifs aux qualifications et diplômes des médecins coordonnateurs.	Recommandation 17: Transmettre à la mission de contrôle les informations et justificatifs relatifs aux qualifications et diplômes des médecins coordonnateurs (diplômes, attestation de formation, etc.).		11/12/2024
R16	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le PAP type.	Recommandation 18: Transmettre à la mission de contrôle le PAP type.		11/12/2024