

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00092



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Isabelle DRUESNE
Directrice
EHPAD Les Oyats
18 rue de la République
59820 GRAVELINES

LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Oyats sis 18 rue de la République à GRAVELINES (59820) initié le 19 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Oyats sis 18 rue de la République à GRAVELINES (59820) 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 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 15 mai 2024.

Par courrier reçu le 12 juin 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.

En conséquence, vous trouverez ci-joint le rapport de contrôle modifié ainsi que les mesures correctives à mettre en œuvre, 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(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 Les Oyats à GRAVELINES (59820) initié le 19 février 2024

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)
---	--	------------------------	--

E6	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'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et prévoir la nuit les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	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)
--	--	-------------------------------	--

E9	L'insuffisance des effectifs présents la nuit, 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.			
E13	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.		Dès réception des mesures correctives	

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	Au jour du contrôle, le médecin coordonnateur ne dispose pas 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 afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF	12 mois avec un suivi d'étape à 6 mois.	
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 4 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	

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 5 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 1336 du CASF.	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)
E1	Au jour du contrôle, la commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 6 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF	9 mois	
E10	En n'étant pas rédigé par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, le projet de soins contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et qui devra être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF	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)
E11	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 8 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF	3 mois	
E2	Les procès-verbaux de 2021 ne sont pas signés par le président du Conseil de la vie sociale, contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription 9 : Faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au président du CVS conformément à la réglementation et transmettre le règlement intérieur du CVS à la mission de contrôle.	3 mois	
R5	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			

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	Le conseil de la vie sociale n'a pas été consulté sur le projet d'établissement et aucune autre forme de participation n'est mentionnée contrairement aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 10 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires et transmettre le plan bleu à la mission de contrôle	6 mois	
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.			
E4	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			

R6	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
-----------	---	--	--	--

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)
R10	L'établissement n'organise pas de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 1 : - Mettre en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement. - Prévoir l'organisation de RETEX suite à l'analyse des EI et EIG survenus au sein de l'établissement.	3 mois	
R11	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.			
R18	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences et au circuit du médicament.	Recommandation 2 : Elaborer en concertation avec les équipes et transmettre les protocoles relatifs aux urgences et au circuit du médicament ainsi que les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes.	3 mois	
R19	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.			

R20	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.		
------------	---	--	--

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)
R7	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 3 : Réaliser une enquête de satisfaction globale annuellement, solliciter plus largement la participation des résidents à celle-ci et transmettre le bilan de l'enquête de satisfaction de 2021.	1 mois	
R8	L'établissement n'a pas transmis le bilan de l'enquête de satisfaction de 2021.			
R9	La participation des résidents à l'enquête de satisfaction annuelle est faible.			
R15	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	

R16	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, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	Recommandation 5 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	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)
R17	En l'absence d'éléments transmis, la mission de contrôle ne peut constater si le personnel est formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 6 : Former l'ensemble des professionnels aux transmissions ciblées et transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 7 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	2 mois	

R13	L'établissement n'a pas transmis le nombre de séquences de travail et le nombre de jours travaillés des personnes recrutées en CDD pour les 3 derniers mois à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre à la mission de contrôle le nombre de séquences de travail et le nombre de jours travaillés des personnes recrutées en CDD pour les 3 derniers mois.	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)
R14	L'ASHQ ne dispose pas de fiches de poste et de tâches jour/nuit distinctes de celles de l'AS.	Recommandation 9 : Rédiger et transmettre la fiche de poste et de tâches jour/nuit pour l'ASHQ selon les missions qui lui sont normalement octroyées.	1 mois	
R2	Les missions de la directrice ne sont pas formalisées dans une fiche de poste.	Recommandation 10 : Rédiger la fiche de poste pour la directrice.	1 mois	

R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la direction ne sont pas formalisées.	Recommandation 11 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la direction.	1 mois	
R4	Les comptes rendus des réunions institutionnelles de type CODIR ne sont pas formalisés.	Recommandation 12 : Rédiger les comptes rendus des CODIR.	1 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 13 : Mettre à jour l'organigramme.	/	12/06/2024