



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00342


LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD sis 3 rue Maurice Chevalier à OUTREAU (62230) 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 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 30 novembre 2023.

Par courriel le 04 janvier 2023 reçu par mes services 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.

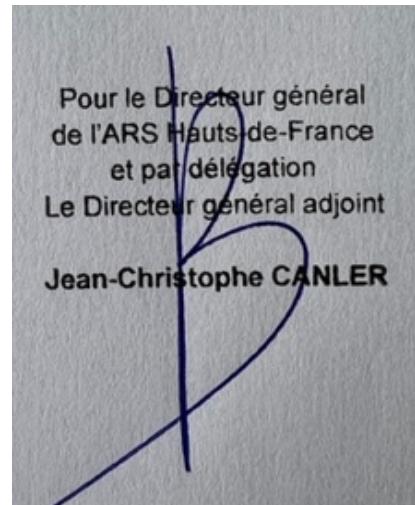
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi

Monsieur Anthony DREGNAUCOURT
Directeur
EHPAD Les mouettes
3 rue Maurice Chevalier
62230 OUTREAU

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.



Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en oeuvre
Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les mouettes à OUTREAU (62230) initié le 19/07/2023

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E11 E13	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.	P1: Supprimer les glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs qualifiés suffisants 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 ^o du CASF.	6 mois	
	Le nombre de personnel qualifié la journée 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 ^o du CASF.			

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E7	En facturant et en soumettant l'entretien du linge personnel à son étiquetage par le résident lui-même, l'établissement contrevient au 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.	P2 : Se conformer à la réglementation étiquetant le linge personnel du résident et en ne facturant pas en supplément son entretien , ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, contrairement au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Immédiat	
E1	La directrice de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	P3 : Mettre en conformité les qualifications de la directrice ou engager une personne disposant des qualifications nécessaires.	6 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E10	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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	P4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
E2 R3	Le document unique de délégation n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.315-68 du CASF et est caduc.	P5 : Mettre en conformité le document unique de délégation en précisant notamment les modalités l'intérim de direction en cas d'absence de la directrice.	2 mois	
	Le document unique de délégation n'est pas à jour au niveau des modalités d'intérim.			
E12	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P6 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur.	2 mois	
E16	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et contient des clauses abusives.	P7 : Mettre en conformité le contrat de séjour en : <ul style="list-style-type: none"> - retirant les clauses abusives ; - le mettant à jour sur les informations concernant l'établissement ; - en précisant les prestations du socle d'hébergement et le fait que celle-ci soient incluses dans le prix de journée et donc que le résident n'est redevable d'aucune ; - précisant que le montant correspondant au socle de prestations mentionné au troisième alinéa de l'article L. 342-2 que pour une durée maximale de six jours suivant le décès du résident ; - mentionnant l'obligation pour les professionnels de santé de conclure avec l'établissement un contrat ; - précisant que les tarifs peuvent évoluer annuellement selon la réglementation en vigueur ; - ajoutant une annexe à caractère indicatif et non contractuel relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturations de chaque prestation de l'établissement. Et l'appliquer.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E4	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-19 e D.311-20 du CASF.	<p>P8: Mettre en conformité les modalités d'organisation du CVS en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revoyant sa composition conformément à la nouvelle réglementation ; - mettant à jour le règlement intérieur et en l'établissant lors de la première réunion du CVS ; - en le réunissant au minimum 3 fois par an ; - en faisant systématiquement signer les comptes rendus par son président. 	3 mois	
E8	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions du décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux.	<p>P9: Mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément au décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux, en précisant que le linge est entretenu et étiqueté par l'établissement lui-même, et le faire valider par l'instance compétente et consulter le CVS ainsi que les instances représentatives du personnel.</p>	3 mois	
E9	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ainsi qu'aux dispositions de l'article D.311-39 du CASF.	<p>P10: Mettre à jour le livret d'accueil en mentionnant les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, le numéro d'écoute des situations de maltraitance, les coordonnées des autorités administratives et en y annexant une notice d'information sur la personne de confiance.</p>	1 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E5 E14 E6	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	<p>P11: Etablir un projet d'établissement conforme à la réglementation en vigueur en y incluant un projet de soins conforme ainsi qu'un plan bleu actualisé à minima une fois par an.</p>	6 mois	
	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.			
	Le plan bleu n'est pas mis à jour annuellement contrairement 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			
E3	La commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	P12: Relancer l'activité de la commission de coordination gériatrique.	5 mois	
E15	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 le directeur de l'établissement et ne précise pas ses modalités d'élaboration.	P13: Faire signer le prochain RAMA par le médecin coordonnateur ainsi que par la directrice et préciser ses modalités d'élaboration, notamment en matière de collaboration de l'équipe soignante.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R7 R23	<p>La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée et formalisée au sein de l'établissement.</p> <p>Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, des études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.</p>	<p>R1: Développer la démarche qualité au sein de l'établissement, notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettant en place un système d'enregistrement et de suivi des réclamations ; - en réalisant un bilan annuel de ses réclamations ; - relançant les enquêtes de satisfactions et en réalisant des bilans de ces enquêtes ; - réalisant des études sur les délais de réponses aux appels malades ; - mettant en place un plan d'actions d'améliorations continu de la qualité alimenter par les différents résultats obtenus. 	6 mois	
R8 R10 R11 R9	<p>La procédure de gestion interne des événements indésirables n'est pas suffisamment précise.</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclarations externes des événements indésirables graves et événements indésirables graves liés aux soins.</p> <p>La procédure de gestion des événements indésirables graves ne prévoit pas de RETEX.</p> <p>En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.</p>	<p>R2: Mettre à jour la procédure gestion interne des évènements indésirables en indiquant le circuit complet de recueil, traitement et suivi d'un évènement indésirable, en précisant les acteurs mis en cause.</p> <p>Elaborer une procédure de déclaration externe d'évènements indésirables en précisant le circuit de déclaration de recueil, traitement et suivi de l'évènement et en précisant les coordonnées des autorités administratives et du Procureur de la République ainsi que les modalités des déclarations et en prévoyant la réalisation de RETEX.</p> <p>Par la suite, former le personnel à ces procédures et aux déclarations en les traçant via des feuilles d'émarginements.</p>	4 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R6 R5	Les documents relatifs à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance n'ont pas été révisés depuis 10 ans.	R3 : Revoir les documents relatifs à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance et assurer une formation ainsi qu'une traçabilité de la sensibilisation du personnel à ces documents.	3 mois	
	En l'absence de connaissance et d'appropriation des protocoles et des documents institutionnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.			
R2	L'astreinte de direction n'est pas organisée en l'absence de la directrice.	R4 : Formaliser et organiser les modalités de continuité de la fonction de direction en l'absence de la directrice.		06/12/2023
R20	L'établissement ne réalise pas de façon régulière des sensibilisations internes.	R5 : Réaliser de façon régulière des sensibilisations internes au personnel et en assurer une traçabilité.	5 mois	
R22	En l'absence de transmission de la programmation annuelle des projets personnalisés, l'existence d'un projet personnalisé évalué périodiquement pour chaque résident n'est pas garantie.	R6 : Transmettre à la mission de contrôle la programmation annuelle des projets personnalisés.	1 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R13	Le tableau des effectifs transmis ne mentionne pas l'ensemble du personnel rémunéré par l'établissement.	R7: Transmettre à la mission de contrôle le tableau des effectifs à jour et complet.	1 mois	
R21	La procédure d'admission est incomplète.	R8: Mettre à jour la procédure d'admission en précisant notamment les modalités d'organisation de la visite de préadmission, les éléments transmis et recueillis par l'établissement, les critères d'admission ou de non admission et s'assurer du recueil du consentement à l'entrée de la personne accueillie.		04/01/2024

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R25	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	R9 : Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement du personnel aux formations externes et internes.	1 mois	
R12	Le livret d'accueil ne contient pas suffisamment d'éléments d'informations concernant le fonctionnement de l'établissement et de l'organisation du travail.	R10 : Mettre à jour le livret d'accueil du salarié en y intégrant davantage d'éléments d'informations concernant le fonctionnement de l'établissement et l'organisation du travail.	3 mois	
R4	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'établissement.	R11 : Mettre en place des réunion institutionnelles régulières avec les membres de l'équipe encadrante.		04/01/2024
R24	Les transmissions effectuées au sein de l'établissement ne sont pas ciblées.	R12 : Mettre en place des formations ciblées au sein de l'établissement et y former le personnel.	6 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R1	L'organigramme de l'établissement n'est pas nominatif.	R13 : Mettre à jour l'organigramme en le nominant.		01/01/2024
R19	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement et des plans de formations précédents, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière formations externes.			
R14	L'établissement n'a pas transmis contrat de travail du médecin coordonnateur.			
R15	L'établissement n'a pas transmis le diplôme du médecin coordonnateur.			
R16	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la fiche de paie de l'IDEC.			
R17	L'établissement n'a pas transmis les taux d'absentéisme des effectifs soignants.			
R18	L'établissement n'a pas transmis de fiche de poste AS/AMP de jour, ASG et faisant fonction ainsi que les fiches de tâches du personnel soignant.	R14 : Transmettre à la mission de contrôle les documents manquants, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> - Les feuilles d'émargement aux formations du personnel ; - Le contrat de travail actuel du médecin coordonnateur ; - Le diplôme du médecin coordonnateur ; - La fiche de paie de l'IDEC ; - Les taux d'absentéisme des effectifs soignants ; - Les fiches de postes AS/AMP de jour, ASG et faisant fonction ainsi que les fiches de tâches. 	1 mois	