

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00110
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Cédric PONTON
Directeur général
Centre Hospitalier de
l'Arrondissement de Montreuil-sur-
mer
140, chemin départemental 191
CS 70008
62180 RANG-DU-FLIERS

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Oyats sis 16 avenue du Docteur Fouchet à BERCK-SUR-MER (62600) initié le 28 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Oyats sis 16 avenue du Docteur Fouchet à Berck-sur-mer (62600) 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 28 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 26 août 2024.

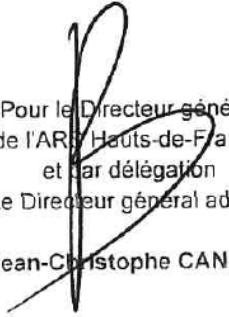
Par courrier reçu le 08 octobre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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.


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.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Oyats à Berck-sur-mer (62600) initié le 28 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)
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 ASHQ ; 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.	<p>Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier. Recruter le personnel nécessaire 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.</p>	3 mois	
E10	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de 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 ^o du CASF.			
E15	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			

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	La capacité installée au sein des EHPAD du CHAM n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 14 août 2019.	Prescription n°2 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	3 mois	
E9	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 n°3 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	6 mois	
E12	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription n°4 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E14	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces PAP est réalisée.	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)
E7	En l'absence de signalement des événements indésirables survenus aux autorités compétentes, et notamment les événements relatifs à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance, 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 n°6 : 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.		04/10/2024
E2	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription n°7 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF.	6 mois	
E3	En ne disposant pas d'un projet de service pour ses EHPAD valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E11	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.	Prescription n°8 : Les documents institutionnels (projet de service, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E6	En l'absence de consultation des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'article R. 311-33 du CASF n'est pas respecté.			
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et au décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux.			

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)
E4	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 n°9 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet de service.	6 mois	
E5	Le projet de service ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
R6	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 n°1 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R9	Les transmissions ne sont pas informatisées.	Recommandation n°2 : Informatiser les transmissions.	6 mois	
R7	L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées, au jour du contrôle.	Recommandation n°3 : Réaliser des sensibilisations régulières sur les transmissions ciblées et faire signer systématiquement des feuilles de présence.	6 mois	
R8	En l'absence de feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations/sensibilisations sur les transmissions ciblées, la formation/sensibilisation du personnel n'est pas garantie.			

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 ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions et aux urgences.	Recommandation n°4 : Etablir et transmettre les procédures/protocoles relatifs aux contentions et aux urgences.	2 mois	
R11	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°5 : Évaluer les procédures/protocoles de façon périodique.	6 mois	
R1	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°6 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R2	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.			
R3	Le personnel dédié à l'UVA ne dispose pas de planning spécifique.	Recommandation n°7 : Etablir un planning spécifique pour le personnel de l'UVA.	1 mois	
R4	Le personnel de l'accueil de jour ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°8 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'accueil de jour.	1 mois	
R5	L'établissement n'a pas transmis le plan de formation interne/externe 2022.	Recommandation n°9 : Transmettre le plan de formation interne/externe 2022.		04/10/2024