

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00090



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Corinne SENESCHAL
Directrice générale
Centre Hospitalier
Allée Jacques Monod BP 609
62321 BOULOGNE-SUR-MER Cédex

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle des EHPAD gérés par le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer situé allée Jacques Monod à Boulogne-sur-Mer (62200) initié le 15 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, les EHPAD gérés par le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer situé allée Jacques Monod à Boulogne-sur-Mer (62200) 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 15 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 17 mai 2024.

Par plusieurs courriels reçus à partir 07 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.

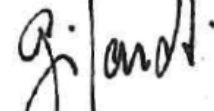
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Le Directeur général



Hugo GILARDI

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces des EHPAD gérés par le CH de BOULOGNE-SUR-MER (62200) initié le 15 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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
E1	L'établissement ne respecte pas l'arrêté d'autorisation du 25 novembre 2021.	Prescription n°1 : Respecter l'arrêté d'autorisation en vigueur.	17 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	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'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°2 : 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 conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E9	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3, 1° du CASF n'est pas garantie.			
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 1 ETP dédié à la coordination conformément aux dispositions de l'article D312-156 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)
E12	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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.	Prescription n°4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	07/06/2024
E11	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions des articles D311 et D312-155-0 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximum de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions des articles D311 et D312-155-0 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée à minima tous les ans.	6 mois	07/06/2024

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	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national et la nature du diplôme obtenu, à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, 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.	Prescription n°6 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casiers judiciaires des professionnels des EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	1 mois	
E3	Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°7 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-9 et D311-20 du CASF (cf. détails pages 12 et 13 du rapport de contrôle).	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)
E10	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°8 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (cf. pages 34 et 35 du rapport de contrôle).	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)
E5	En n'ayant pas consulté les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°9 : Consulter les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R.311-33 du CASF, et y ajouter la mention dans son contenu.	3 mois	
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°10 : Annexer le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (plan bleu) au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	1 mois	07/06/2024

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)
R3	Des enquêtes de satisfaction à destination des résidents sur la qualité globale de leur prise en charge du sein de l'EHPAD ne sont pas régulièrement organisées.	Recommandation n°1 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en réalisant annuellement des enquêtes de satisfaction à destination des résidents sur la qualité globale de leur prise en charge.	6 mois	
R10	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°2 : Réaliser régulièrement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	Dès réception du rapport	
R9	Au jour du contrôle, les résidents de l'EHPAD l'Océane ne disposent pas d'un dossier informatisé dans un logiciel dédié.	Recommandation n°3 : Mettre en place un dossier informatisé pour chaque résident permettant l'informatisation, la sécurisation et le partage des données et des transmissions.	12 mois	
R11	Au jour du contrôle, les transmissions ne sont pas informatisées au sein de l'EHPAD l'Océane.			

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)
R6	Les professionnels assurant l'encadrement des soins ne disposent pas tous d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°4 : Engager le personnel d'encadrement non formé dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R7	Les IDE ne bénéficient pas de fiches de tâches.	Recommandation n°5 : Formaliser des fiches de tâches pour les IDE.	3 mois	11/06/2024
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, et à la prise en charge de la douleur.	Recommandation n°6 : Formaliser les protocoles relatifs aux changes et à la prévention de l'incontinence, et à la prise en charge de la douleur.	3 mois	11/06/2024
R4	La procédure de « conduite à tenir et déclaration en cas d'évènement indésirables grave » est incomplète.	Recommandation n°7 : Réviser la procédure de « conduite à tenir et déclaration en cas d'évènement indésirables grave » en abordant les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) au conseil départemental.	3 mois	17/06/2024

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)
R5	L'établissement n'organise pas suffisamment de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves / récurrents.	Recommandation n°8 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 mois	11/06/2024
R2	En l'absence de précision la mission de contrôle ne peut s'assurer que la composition de la commission de coordination gériatrique est conforme à la réglementation.	Recommandation n°9 : Transmettre les feuilles d'émargement des commissions de coordination gériatrique, permettant à la mission de contrôle de s'assurer que la composition est conforme à la réglementation.	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)
R8	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer de l'effectivité de la réalisation des plans de formation.	Recommandation n°10 : Transmettre les feuilles d'émargement associées aux plans de formation des années 2022 et 2023, afin que la mission de contrôle puisse s'assurer de leur effectivité.	1 mois	11/06/2024
R1	Les modalités d'intérim en cas d'absence de la directrice ne sont pas définies.	Recommandation n°11 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	1 mois	17/06/2024