



Lille, le 10 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0247


Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Jeanne-Marie MARION-
DRUMEZ
Directrice du Centre Hospitalier
de l'Arrondissement de Montreuil-
sur-Mer
140, chemin départemental 191 –
CS 70008
62180 RANG-DU-FLIERS

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Myosotis sis avenue du Docteur Lenglet à CAMPAGNE-LES-HESDIN (62870) initié le 24 octobre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Les Myosotis sis avenue du Docteur Lenglet à CAMPAGNE-LES-HESDIN (62870) 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 24 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 17 mai 2023.

Par courrier reçu le 19 juin 2023, 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 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 Myosotis à CAMPAGNE-LES-HESDIN (62870) initié le 24 octobre 2022

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, 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. 311-3-3° du CASF.			
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'État 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 : Supprimer les 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 conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF.	1 mois	
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	
E13	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.		
R7	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
E9	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la	Prescription 4 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra, pour l'ensemble du personnel : - des formations relatives à la prévention et la		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
	prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ; - des sensibilisations internes sur la déclaration des événements indésirables.		
R4	Le personnel de l'établissement n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.			
E1	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.	Prescription 5 : Les documents institutionnels (projet de service, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E2	En n'intégrant pas le plan bleu dans le projet de service, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E10	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.			
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E4	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E12	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311, L. 311-4, L. 311-4-1 du CASF.			
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 6 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	5 mois	
E5	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale au niveau de : - sa composition ; - la signature des procès-verbaux par le président.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission.	1 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	Recommandation 2 : Etablir et transmettre : <ul style="list-style-type: none">- Un organigramme spécifique aux activités médico-sociales- Les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	2 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 3 : Informatiser les transmissions.	6 mois	
R8	Les transmissions ne sont pas informatisées.	Recommandation 4 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des IDE, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R5	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme élevé pour les IDE sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.		
R2	Aucun compte-rendu de la commission de coordination gériatrique n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre à la mission de contrôle la fiche de poste du médecin coordonnateur.	1 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste à la mission de contrôle.			