

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-00248


Lille, le **22 AOUT 2023**

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

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Opalines sis place Sainte
Austreberthe à MONTREUIL-SUR-MER (62170) initié le 24 octobre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Les Opalines
sis place Sainte Austreberthe à MONTREUIL-SUR-MER (62170) 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 12 juin 2023.

Par courrier reçu le 10 juillet 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.

h
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 Opalines à MONTREUIL-SUR-MER (62170) 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	En l'absence de personnel suffisamment qualifié, la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement des effectifs suffisamment qualifiés pour assurer la sécurité des résidents de l'unité de vie Alzheimer conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF, et transmettre le tableau des effectifs révisé.		
R7	La mission de contrôle a constaté des incohérences entre le tableau des effectifs et les plannings.			
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	Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas élaboré dans un délai de 6 mois suivant l'admission du résident.	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.		
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 prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 4 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra, pour l'ensemble du personnel : - des formations relatives à la prévention et la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ; - des formations relatives aux spécificités des personnes accueillies ; - des sensibilisations internes sur la déclaration des événements indésirables.	2 mois	
R8	L'établissement ne prévoit pas de formations portant sur les spécificités du public accueilli.			
R6	Le personnel de l'établissement n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.			
E7	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, 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 5 : 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.		

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)
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.	<p>Prescription 6 : 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.</p>	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 7 : 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.	4 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 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale au niveau de : - sa composition ; - la signature des procès-verbaux par le président.	3 mois	
R10	Dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité, l'établissement ne réalise pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 1 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades.	1 mois	

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)
R5	Le faisant fonction cadre de santé ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 2 : Engager le faisant fonction cadre de santé dans une action de formation dédiée à l'encadrement et réviser son contrat de travail en indiquant ses lieux d'exercice.		
R4	Le contrat de travail du faisant fonction cadre de santé n'est pas en adéquation avec le poste occupé et sa fiche de paie.			
R9	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission.		
R1	L'établissement ne dispose pas d'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	Recommandation 4 : Etablir un organigramme spécifique aux activités médico-sociales.		
R12	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 5 : Rédiger les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	2 mois	
R11	Les transmissions ne sont pas informatisées.	Recommandation 6 : Informatiser les transmissions.	6 mois	
R2	Aucun compte-rendu de la commission de coordination gériatrique n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.		
R3	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste du médecin coordonnateur à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre à la mission de contrôle la fiche de poste du médecin coordonnateur.		