

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00257



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Jenny WATTELIER
Directrice
Centre Hospitalier de Grandvilliers
9, place Barbier
60210 GRANDVILLIERS

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Grandvilliers sis 9 place Barbier à GRANDVILLIERS (60210) initié le 10 juin 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD du Centre Hospitalier de Grandvilliers sis 9 place Barbier à GRANDVILLIERS (60210) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 09 décembre 2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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 du Centre Hospitalier de Grandvilliers à GRANDVILLIERS (60210) initié le 10 juin 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)
E9	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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASHQ FFAS ; 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°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle. 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 conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.	Dès réception du rapport	

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	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° du CASF.			
E17	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.			
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	

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 commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière, et a minima une fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription n°3 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	3 mois	
E14	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription n°4 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	3 mois	
E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.	1 mois	

E8	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°6 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	
E18	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°7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E16	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°8 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°9 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - sa fréquence ; - son rapport d'activité ; - son règlement intérieur. 	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)
E3	Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions des articles L. 311-8, D. 311-38-3 et D. 311-38-4 du CASF ainsi que des recommandations de la HAS.	Prescription n°10 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E13	Le projet de soins ne présente pas l'ensemble de la prise en charge médicale, contrairement aux articles L. 311-8 et D. 311-38-5 du CASF.			
E6	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E7	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.			

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)
R2	Le livret d'accueil n'a pas été révisé depuis 2014.			
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et du 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.			
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 et de l'article R. 31138-1 du CASF.	Prescription n°11 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	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)

E5	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 à l'article D. 312-160 du CASF.			
R3	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplet.	Recommandation n°1 : Mettre à jour le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	2 mois	
R4	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions, notamment sur les modalités de déclaration externe.	Recommandation n°2 : Actualiser la procédure de signalement des événements indésirables.	2 mois	
R11	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°3 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R10	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été révisée depuis 2018.	Recommandation n°4 : Mettre à jour la procédure d'admission.	2 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)

R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, ainsi qu'aux soins palliatifs.	Recommandation n°5 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à l'hydratation, aux changes et à la prévention de l'incontinence, ainsi qu'aux soins palliatifs.	3 mois	
R5	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'a pas été révisée depuis 2010.	Recommandation n°6 : Mettre à jour la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	1 mois	
R6	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°7 : 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	
R7	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R8	Les IDE ne disposent pas de fiches de poste et de tâches pour le poste de jour.	Recommandation n°8 : Etablir, pour les IDE une fiche de poste et de tâches pour le poste de jour.	2 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)

R9	En l'absence de l'ensemble des feuilles d'émargement attestant la réalisation de formations internes/externes, la formation du personnel n'est pas garantie.	Recommandation n°9 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.	1 mois	
-----------	--	---	---------------	--