

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00252



LETTRRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence de la Pommeraye sis 28 rue Vincent Auriol à Creil (60100) 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 19 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 18 octobre 2024.

Par courrier reçu par mes services le 14 novembre 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.

Madame Annie EECKHOUT
Présidente
Œuvre Hospitalière et Médico-Sociale du Grand Creillois
28, rue Vincent Auriol
60100 CREIL

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, l'assurance de ma considération distinguée.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Copie à Madame Laura SABATIER, directrice de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence de la Pommeraye à Creil (60100) initié le 19 avril 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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « faisant fonction d'AS » ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<p>Prescription n°1 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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 et transmettre un échéancier à la mission de contrôle.</p>	Dès réception du rapport	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<p>Prescription n°2 :</p> <p>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.</p>	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)
E11	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°3 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.		13/11/2024
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription n°4 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E14	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°5 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur, au niveau : <ul style="list-style-type: none"> - des modalités d'élaboration ; - de la co-signature par le médecin coordonnateur et la directrice ; - de la soumissions pour avis à la commission de coordination gériatrique. 	3 mois	
E12	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°6 : Elaborer la fiche de poste du médecin coordonnateur, conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	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°7 : 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	
E7	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de	Prescription n°8 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, conformément à la réglementation en :	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)
	l'instruction ministérielle du 22 mars 2007, au jour du contrôle.	<ul style="list-style-type: none"> - formant le personnel sur cette thématique ; - établissant un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles. 		
R3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.			
R4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
E16	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°9 : 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	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-16, D. 311-17 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°10 : 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 composition ; - sa fréquence ; - son règlement intérieur ; - la signature des comptes rendus par le président. 	3 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription n°11 : 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	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient			

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)
	aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E5	En l'absence de mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R. 311-33 à R. 311-37-1 du CASF.			
E6	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.			
R2	Les informations contenues dans le livret d'accueil ne sont pas à jour.			
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 projet d'établissement 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.	Prescription n°12 : Intégrer le plan bleu au projet d'établissement et le transmettre à la mission de contrôle.	3 mois	
R1	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R5	La procédure de gestion interne des événements indésirables n'a pas été révisée depuis 2016.	Recommandation n°1 : Actualiser les procédures relatives aux événements indésirables.	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)
R6	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions sur les modalités de déclaration externe des EI.			
R7	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation n°2 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R12	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 régulièrement.	Recommandation n°3 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	
R13	L'établissement ne dispose pas de procédures/protocoles relatifs aux troubles du comportement.	Recommandation n°4 : Etablir et transmettre le protocole relatif aux troubles du comportement.	1 mois	
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°5 : Évaluer les procédures/protocoles, dont la procédure d'accueil du nouvel arrivant, de façon périodique.	6 mois	
R8	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'a pas été actualisé depuis 2015.			
R9	Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.	Recommandation n°6 : Étudier les causes du turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		13/11/2024
R10	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.			
R11	Le personnel de l'accueil de jour ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°7 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'accueil de jour.		13/11/2024