

Le directeur général

Lille, le 02 MAI 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0234



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Compassion sis 4 bis rue de la libération à CHAUMONT-EN-VEXIN (60240) 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 13 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés 24 février 2023.

Par courriel reçu par mes services le 31 mars 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.

Madame Muriel BLOUIN
Directrice générale
Association La Compassion
4 bis rue de la libération
60240 CHAUMONT-EN-VEXIN

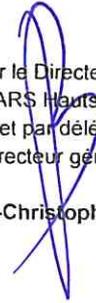
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport de contrôle modifié au directeur de l'établissement concerné.

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 directrice générale, 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

Pièce(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Compassion à CHAUMONT-EN-VEXIN (60240) initié le 13/10/2022.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescription (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)
E.9	L'inconstance et l'insuffisance 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 L311-3-3° du CASF.	P1 : 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.	2 mois	
E.8	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.	P2 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	2 mois	
E.14	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer une bonne prise en charge des résidents au sens l'article L.311-3 du CASF.	P3 : Recruter le personnel nécessaire afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents et respecter leurs rythmes de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF	2 mois	
E.7	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF.	P4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	2 mois	
R.6	La situation géographique des professionnels participants aux astreintes de direction ne permet pas une intervention rapide en cas de besoin.	R1 : Positionner sur les astreintes de direction des professionnels de la même zone géographique pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescription (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)
E.2 E.3 E.11 E.13 E.4 R.7 E.5	En l'absence de transmission, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un projet d'établissement conforme à l'article L311-8 du CASF.	P5 : Transmettre à la mission de contrôle et mettre en conformité les documents institutionnels selon à la réglementation en vigueur dont : <ul style="list-style-type: none"> - le projet d'établissement et ses annexes (plan bleu, projet de soins) ; - le règlement de fonctionnement ; - le contrat de séjour ; - le livret d'accueil. 	3 mois	
	En l'absence de transmission du projet d'établissement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que celui-ci contient un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique contrairement aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.			
	L'établissement ne dispose pas de projet de soins contrevenant ainsi à l'article D.312-158-1° du CASF.		3 mois	
	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.			
	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux exigences réglementaires.			
	Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas approprié.			
	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007			
E.6	Les réunions du CVS ne font pas l'objet de compte-rendu contrairement aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.	P6 : Faire systématiquement signer les relevés de conclusions de chaque séance au Président du CVS conformément à la réglementation.	1 mois	
E.10	La thématique de la maltraitance n'est pas abordée dans le plan de formation 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.	P7 : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des sensibilisations internes et des formations relatives à : <ul style="list-style-type: none"> - la prévention et la lutte contre la maltraitance ; - la promotion de la bientraitance. 		
E.1	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place contrairement aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	P8 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D.312-158, 3° du CASF.	2 mois	
R.1	L'accueil de jour n'accueille plus de résidents depuis 2020.	R2 : Accueillir à nouveau des résidents dans au sein de l'accueil de jour.	7 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescription (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)
E.12	Le RAMA n'est pas rédigé.	P9 : Rédiger le RAMA conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	9 mois	
E.15	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 supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	P10 : Proposer de façon systématique une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		
R.14	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, aucune étude sur les délais de réponse des dispositifs d'appel malade n'a été réalisée.	R3 : Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malade afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	2 mois	
R.3 R.8	Le diplôme obtenu par la directrice dans le management des organisations sanitaires et sociales n'a pas été transmis à la mission de contrôle. Les justificatifs de formation des IDEC à l'encadrement n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	R4 : Transmettre à la mission de contrôle le diplôme de la directrice ainsi que les justificatifs de formation des IDEC.		
R.9 R.13	La procédure de gestion des événements indésirables ne précise pas la date d'élaboration ni les noms et signatures des rédacteurs, vérificateurs et approuvateurs. La procédure d'admission n'est pas assez détaillée afin de rendre compte de son déroulement et du respect de la réglementation.	R5 : Actualiser la procédure de gestion des événements indésirables ainsi que la procédure d'admission en concertation avec le personnel concerné.	3 mois	
R.5	Le document unique de délégation n'est pas daté.	R6 : Dater le document unique de délégation.	1 mois	
R.10 R.11	Le taux d'absentéisme n'a pas été communiqué par l'établissement. L'établissement n'a pas communiqué le taux de turn-over des IDE.	R7 : Transmettre à la mission de contrôle les taux d'absentéisme des équipes infirmières et aides-soignantes ainsi que le taux de turn over.		
R.4 R.12	Au regard du nombre de personnes ayant occupé le poste de directeur depuis 2018 (5), la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction. L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes AS élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R8 : Afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents, la satisfaction des familles et des conditions de travail satisfaisantes : - analyser les causes du turn over ; - stabiliser les équipes ; - prendre les mesures qui s'imposent.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescription (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)
R.2	L'organigramme n'est pas daté.	R9 : Mettre à jour l'organigramme et le dater.	1 mois	