

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00408



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Patrick DENIEL
Directeur
EHPAD HL CREVECOEUR-
LEGRAND
18 place de l'Hôtel de Ville
60360 CREVECOEUR-LE-GRAND

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD HL CREVECOEUR-LE-GRAND sis 18 place de l'Hôtel de Ville à CREVECOEUR-LE-GRAND (60360) initié le 18 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD HL CREVECOEUR-LE-GRAND sis 18 place de l'Hôtel de Ville à CREVECOEUR-LE-GRAND (60360) 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 18 octobre 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 15 février 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 de l'Hôpital Local Crèvecœur-le-Grand à CREVECOEUR-LE-GRAND (60360) initié le 18 octobre 2023

Ecart (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)
E6	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 stabiliser les équipes afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF	1 mois	
E8	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, y compris en UVA 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.			
R5	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD de l'Hôpital Local Crèvecœur-le-Grand à CREVECOEUR-LE-GRAND (60360) initié le 18 octobre 2023

Ecart (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)
E10	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 2 : S'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant en nombre et en qualification, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents, et de respecter leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	1 mois	
E11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.			
E13	Au regard de la charge de travail des professionnels soignants, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter le rythme de vie des résidents au sens l'article L. 311-3 du CASF.			
E9	En raison de la présence d'une seule Aide médicopsychologique (AMP), le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme à l'article D. 312-155-0-1 du CASF.	Prescription 3 : Mettre en conformité le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) selon l'Article D312-155-0-1 du CASF.	1 mois	
E14	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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 4 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
E7	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312155-0 du CASF.	Prescription 5 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	2 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD de l'Hôpital Local Crèvecœur-le-Grand à CREVECOEUR-LE-GRAND (60360) initié le 18 octobre 2023

Ecart(s) (E) et Remarque(s) (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)
E12	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.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles, D.311-5, D.311-16 et D. 31120 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16 et D. 31120 du CASF.	3 mois	
E3	Le conseil de la vie sociale n'a pas été consulté sur le projet d'établissement et aucune autre forme de participation n'est mentionnée contrairement aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E4	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.			
E5	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.			
R6	La 2ème IDEC ne dispose pas au jour du contrôle de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 1 : Engager la 2ème IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement	3 mois	
R3	Aucun compte-rendu de RETEX lié à l'analyse des événements indésirables graves n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 2 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	1 mois	
R10	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été mise à jour depuis 2015.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD de l'Hôpital Local Crèvecœur-le-Grand à CREVECOEUR-LE-GRAND (60360) initié le 18 octobre 2023

Ecart (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)
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux soins palliatifs	Recommandation 4 : - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux soins palliatifs - transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique.	3 mois	
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R14	Les protocoles ne sont pas tous évalués de façon périodique.			
R11	En l'absence d'éléments transmis, la mission de contrôle ne peut constater si le personnel est formé aux transmissions ciblées.	Recommandation 5 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations aux transmissions ciblées.	1 mois	
R1	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 6 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R2	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 7 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	3 mois	
R4	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'a pas été mise à jour depuis 2017	Recommandation 8 : Mettre à jour la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R7	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 9 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R8	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.			
R9	Le plan de formations 2023 n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 10 : Transmettre le plan de formations 2023 ainsi que les feuilles d'émargement	1 mois	