

Le directeur général

Lille, le 11 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2022-HDF-0280

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence Saint-Georges sis 1, rue du Château à Coevres-et-Valsery (02600) 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 2 novembre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 9 mai 2023. 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.

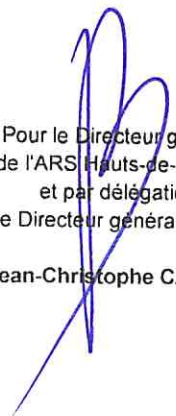
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale.

Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto: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.

Madame Delphine MAINGUY  
Directrice générale  
Medicharme  
85, Avenue de Saint-Cloud  
78000 VERSAILLES

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 jointe :

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

Copie à Monsieur Raphaël GAYRAUD, directeur de l'établissement.

### Mesures correctives à mettre en œuvre

**Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Saint Georges à COEUVRES-ET-VALSERY (02600) initié le 2 novembre 2022.**

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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'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.	<b>Prescription 1 :</b> Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification, de jour et de nuit, y compris en UVA, afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et de respecter leur rythme de vie.	1 mois	
E11	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 faisant fonction d'AS. 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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
E13	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.			
R11	Au regard de la charge de travail des personnels soignants, de l'inconstance des effectifs et de l'absence de projets personnalisés pour l'ensemble des résidents, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et le respect des rythmes de vie des résidents n'est pas garanti.			
E1	Le directeur de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses fonctions contrairement à l'article D. 312-176-6 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Engager le directeur dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	<b>6 mois</b>	
E2	Le directeur ne dispose pas d'une délégation conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Etablir un document unique de délégation conforme aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	<b>1 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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	Les qualifications du médecin coordonnateur ne respectent pas les dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Engager le médecin coordonnateur dans une formation diplômante, augmenter son temps de travail à hauteur de 0,80 ETP conformément à la réglementation et établir sa fiche de poste.	3 mois	
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.			
R2	Le médecin coordonnateur ne dispose pas de fiche de poste, ses missions ne peuvent pas être vérifiées.			
E3	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158-3° du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique au minimum 1 fois par an conformément à la réglementation.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
E14	Le rapport annuel d'activité médicale n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Soumettre pour avis le RAMA à la commission de coordination gériatrique.	<b>3 mois</b>	
E16	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	<b>3 mois</b>	
R10	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
E7	Le livret d'accueil ne respecte pas les 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.	<b>Prescription 8 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	<b>6 mois</b>	
E4	En n'ayant pas consulté le Conseil de la Vie Sociale ou une autre forme de participation pour validation du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
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.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement respectant les modalités des articles L. 311-7 et R. 311-33 à 37 du CASF.			
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E8	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-6 et D. 311-16.	<b>Prescription 9 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisant des élections afin d'avoir une composition conforme aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF</li> <li>- en réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
R3	L'IDEC ne dispose pas de formation spécifique à l'encadrement.	<b>Recommandation 1 :</b> Engager l'IDEC dans une démarche de formation relative à l'encadrement.	3 mois	
R4	En l'absence de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 2 :</b> Organiser régulièrement des sensibilisations internes et former le personnel à la déclaration des événements indésirables. Faire signer systématiquement des feuilles de présence.	3 mois	
R8	L'établissement n'organise pas de manière régulière de sensibilisations internes contrairement aux recommandations de l'HAS.			
R7	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des AS/AMP élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 3 :</b> Analyser les causes de l'absentéisme du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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	Les transmissions ne sont pas ciblées.	<b>Recommandation 4 :</b> Mettre en place les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel.	<b>3 mois</b>	
R6	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	<b>Recommandation 5 :</b> Rédiger un plan d'action concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	<b>6 mois</b>	
R5	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	<b>3 mois</b>	
R9	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 7 :</b> Compléter la procédure d'admission.	<b>3 mois</b>	
R13	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs.	<b>Recommandation 8 :</b> Etablir le protocole relatif aux soins palliatifs.	<b>3 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection ( <i>par ordre de priorité</i> )		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)
R14	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<b>Recommandation 9 :</b> Evaluer les protocoles de manière périodique.	<b>3 mois</b>	
R1	Des comptes rendus des réunions de CODIR ne sont pas formalisés.	<b>Recommandation 10 :</b> Rédiger les comptes rendus des CODIR.	<b>3 mois</b>	