



Réf : SDSI/D3SE-AC

Mission n°2023\_HDF\_00488



Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

et

Le président du conseil départemental

à

Madame Marie-Cécile DARMOIS  
Directrice  
Hôpital local Saint-Lazare  
16, rue Saint-Lazare  
60800 CREPY-EN-VALOIS

#### **LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : mesures correctives à mettre en œuvre suite à l'inspection du 21 décembre 2023 au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Saint-Lazare », situé 16, rue Saint-Lazare à CREPY-EN-VALOIS (60800).

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Saint-Lazare », situé 16, rue Saint-Lazare à CREPY-EN-VALOIS (60800), en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Cette inspection a été réalisée le 21 décembre 2023.

Le rapport subséquent ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 18 mars 2024.

Par courrier reçu par nos services le 10 avril 2024, vous avez présenté vos observations concernant les documents susmentionnés.

Au regard de ces éléments, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification à son rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés à compter de la notification de la présente, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de l'Oise de la direction de l'offre médico-sociale, au conseil départemental de l'Oise, par la direction de l'autonomie des personnes, qui sont en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous leur transmettrez, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues dans le respect des délais fixés, accompagné des pièces justificatives nécessaires.

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.

Pour le directeur général  
et par délégation

Pour la présidente du conseil départemental  
et par délégation,  
la directrice de l'autonomie des personnes  
Stellina LISMONDE-MERCIER

Pièce jointe :

- Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre**

**Inspection du 21 décembre 2023 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**  
**« Saint-Lazare », situé 16, rue Saint-Lazare à CREPY-EN-VALOIS (60800).**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	<b>Ecarts</b>	<b>Prescriptions</b>		
E1	L'absence de registre est contraire aux dispositions figurant aux articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.	<b>P1 : Mettre en place un registre des entrées et sorties des résidents conforme aux textes en vigueur.</b>	Immédiat	
E2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans, et en n'ayant pas initié la démarche d'actualisation de ce projet (en ne précisant pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle), l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	<b>P2 : Etablir un projet d'établissement conforme aux textes en vigueur.</b>	9 mois	
E3	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions figurant aux articles R. 311-33 et suivants du CASF.	<b>P3 : Etablir un règlement de fonctionnement conforme à la réglementation en vigueur.</b>	2 mois	
E4	En ne précisant pas suffisamment les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article	<b>P4 : Actualiser le livret d'accueil conformément à la réglementation en vigueur.</b>	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	L.311-4 du CASF, à la circulaire du 12 juillet 2011 et aux recommandations de la HAS.			
E5	La méconnaissance par le personnel de ses obligations de signalement, de même que l'absence d'actualisation du modèle de fiche de signalement afférent, ne permettent pas à la direction de l'établissement de satisfaire pleinement à ses obligations telles qu'issues du décret du 21 décembre 2016 et de l'arrêté du 28 décembre 2016.	<b>P5 : Actualiser les documents relatifs au signalement des EI/EIG et veiller à leur diffusion et à leur application effective stricte par l'ensemble du personnel.</b>	3 mois	
E6	La présence de produits alimentaires périmés accessibles aux résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	<b>P6 : Veiller à l'absence de présence de denrée alimentaire périmée et de toute autre objet/denrée appartenant au personnel dans le réfrigérateur de la salle d'activité.</b>		
E7	L'absence de traçabilité complète de l'hydratation des résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	<b>P7 : Mettre en place et formaliser systématiquement la traçabilité de l'hydratation des résidents.</b>	Immédiat	
E8	L'absence prolongée de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD est contraire aux articles D. 312-155-0 et D.312-158 du CASF.	<b>P8 : Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur.</b>	Immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E9	En ne contrôlant pas l'accès aux dossiers médicaux et en permettant à du personnel non qualifié/habilité d'accéder à des données médicales confidentielles, le droit à la confidentialité des informations concernant les résidents n'est pas garanti, ce qui est contraire aux dispositions figurant à l'article L. 311-3 du CASF.	<b>P9 : Veiller à la stricte confidentialité (accès strictement limité aux personnes habilités) des données médicales des résidents conformément à la réglementation en vigueur.</b>	Immédiat	
	Remarques	Recommandations		
R1	L'absence de charte de bientraitance est contraire aux recommandations de la HAS.	<b>R1 : Etablir une charte de bientraitance.</b>	6 mois	
R2	L'absence d'affichage dans l'établissement du numéro d'appel national unique 3977 en cas de maltraitance est contraire aux recommandations de la HAS.	<b>R2 : Procéder à un affichage visible du numéro d'appel national unique 3977 aux principaux points de passage des résidents, de leur famille et du public.</b>	Immédiat	
R3	L'absence de réflexion interne sur la notion d'événement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement. En l'absence d'une traçabilité exhaustive et d'analyse globale régulière, l'organisation de la gestion des événements indésirables n'est pas satisfaisante et ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.	<b>R3 : Procéder, en lien avec les équipes soignantes, à une optimisation de la gestion des EI/EIG.</b>	3 mois	