

Lille, le **30 NOV. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00112



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Eric GUYADER
Directeur Général de l'Hôpital
Local de Crèvecœur-le-Grand
Place de l'Hôtel de Ville - BP 44
60360 CREVECOEUR-LE-GRAND

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Quiétude sis 2 rue du 8 Mai 1945 à MÉRU (60110) initié le 20 avril 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Quiétude sis 2 rue du 8 Mai 1945 à MÉRU (60110) 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 20 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11 septembre 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, **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 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 Quiétude à MÉRUG (60110) initié le 20 avril 2023

Écarts (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)
E8	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 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents.	1 mois	
E10	Le fonctionnement du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) n'est pas conforme à l'Article D312-155-0-1 du CASF, en raison de la présence d'une seule Assistante de Soins en Gériatrie (ASG).	Prescription 2 : 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	
E12	En l'absence de document de suivi des projets personnalisés, la mission de contrôle ne peut s'assurer que l'ensemble des résidents dispose d'un projet personnalisé évalué périodiquement, ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : S'assurer qu'une évaluation périodique des projets personnalisés est réalisée et formaliser le suivi de ceux-ci conformément aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	3 mois	
E7	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	Prescription 4 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF et transmettre les contrats de travail ainsi que les qualifications du personnel à la mission de contrôle.	1 mois	
R4	Les contrats de travail et les diplômes de 6 membres du personnel n'ont pas été révisés au regard du poste occupé.			

Écarts (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)
E9	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 5 : S'assurer que le temps de travail (0,8 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF et transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	1 mois	
R7	Les qualifications et les diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			
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	
E2	La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF.	3 mois	
E11	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 8 : 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	
E3	En raison de l'absence de consultation du CVS, et en l'absence de précisions sur la manière dont le projet d'établissement a été rédigé, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 9 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, le livret d'accueil 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.			
E6	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de			

Écarts (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)
	l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
R2	Au jour du contrôle, le projet d'établissement n'inclus pas l'EHPAD Quiétude situé à Méru.			
R3	Le plan bleu transmis est incomplet.			
R8	Le certificat de formation en cours de la 1ère IDEC recrutée n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 1 : Transmettre le certificat de formation de la 1 ^{ère} IDEC à la mission de contrôle.	1 mois	
R11	La procédure d'admission est incomplète et n'a pas été mise à jour depuis 2015.	Recommandation 2 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R6	La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'a pas été mise à jour depuis 2017.	Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R14	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 ainsi que les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes.	3 mois	
R15	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.			
R5	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation de sensibilisations à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 5 : Transmettre les feuilles d'émargement des sensibilisations à la déclaration des événements indésirables et des formations aux transmissions ciblées.	1 mois	
R13	En l'absence d'éléments transmis, la mission de contrôle ne peut constater si le personnel est formé aux transmissions ciblées.			
R10	Les plans de formations 2021, 2022 et 2023 ainsi que les feuilles d'émargement n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 6 : Transmettre les plans de formations 2021, 2022 et 2023 ainsi que les feuilles d'émargement	1 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.	Recommandation 7 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	

Écarts (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)
R9	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.	Recommandation 8 : Analyser les causes du taux de turn over du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	6 mois	
R1	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice déléguée ne sont pas définies.	Recommandation 9 : Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice déléguée.	3 mois	