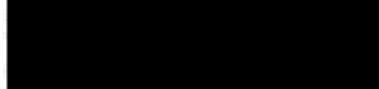




Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00021



Lille, le 11 JUIL. 2023

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Sabine ALISSE
Directrice du centre hospitalier
Georges Decroze
5 rue Ambroise Croizat
60700 PONT-SAINTE-MAXENCE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD du centre hospitalier George Decroze sis 5 rue Ambroise Croizat à PONT-SAINTE-MAXENCE (60700) initié le 06 mars 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD du centre hospitalier George Decroze sis 5 rue Ambroise Croizat à PONT-SAINTE-MAXENCE (60700) 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 06 mars 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 04 mai 2023.

Par courrier reçu le 08 juin 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.

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.

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD du centre hospitalier Georges Decroze à PONT-SAINTE-MAXENCE (60700) initié le 06 mars 2023.

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|--|---|------------------------|---|
| 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. | P1 : Mettre fins aux glissements de tâches. | 1 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|---|--|------------------------|---|
| E10 E11 E9 | <p>E.10 : En l'absence de personnel suffisamment qualifié le jour, la sécurité des résidents n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3-1 du CASF.</p> | <p>P2 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris en UVA, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.</p> | 2 mois | |
| | <p>E.11 : En l'absence de personnel suffisamment qualifié la nuit, la sécurité des résidents n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3-1 du CASF.</p> | | | |
| | <p>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 la sécurité des résidents ainsi qu'une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.</p> | | | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|--|---|------------------------|---|
| E14 | Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, l'établissement contrevient aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | P3 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 | | |
| E7 | En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. | P4 : Transmettre à la mission de contrôle les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement | 1 mois | |
| E2 | Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D311-5, D.311-8, D311.15 et D.311-16 du CASF. | P5 : Assurer un fonctionnement du CVS conforme: <ul style="list-style-type: none"> - en le réunissant au minimum 3 fois par an ; - en incluant un représentant des représentants légaux ainsi qu'un représentant des mandataires judiciaires ; - en mettant à jour le règlement intérieur conformément aux articles D.311-8 et D311.15 du CASF. | 6 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|--|--|------------------------|---|
| E13 | En ne définissant pas les objectifs de la prise en charge, le contrat de séjour ne respecte pas les dispositions de l'article D.311 du CASF. | P6 : Préciser dans le contrat de séjour les objectifs de la prise en charge. | 1 mois | |
| E3 E4 | E.3 : En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation au jour du contrôle, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. | P7 : Annexer le plan bleu au projet d'établissement et le présenter au conseil de la vie sociale conformément à l'article D312-160 du CASF. | 2 mois | |
| | E.4 : Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas intégré au projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF. | | | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|---|--|------------------------|---|
| E6 | En l'absence de précisions sur les actions de prévention et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. | P8: Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les ainsi que les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. | 3 mois | |
| E5 | En l'absence de certaines mentions réglementaires et en l'absence précision sur la consultation du CVS ainsi que des instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions des articles R.311-33 à R.311-37 du CASF. | P9: Mettre en conformité le règlement de fonctionnement en précisant : - les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues ; - les dispositions relatives aux modalités d'organisation de transport - que les faits de violences sur autrui sont susceptibles d'entrainer des procédures judiciaires et administratives Le présenter aux instances représentatives du personnel ainsi qu'au conseil de la vie sociale. | 3 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|---|--|------------------------|---|
| E1 | La composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF. | P10 : Mettre en conformité la composition de la commission de coordination gériatrique conformément à l'arrêté du 5 septembre 2011. | | |
| E12 | Le RAMA n'est pas conforme aux articles D312-158 alinéa 10 du CASF. | P11: Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur ainsi que par la direction de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique. | 2 mois | |
| R3 | L'établissement ne précise pas le temps consacré par le médecin coordonnateur aux missions de coordination. | R1: Préciser à la mission de contrôle le temps de travail consacré par le médecin coordonnateur aux missions de coordination et à ses missions de médecin traitant. | | |
| R1 | Les CODIR ne font pas l'objet de comptes rendus. | R2: Etablir des comptes rendu des réunions CODIR. | 1 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|--|---|------------------------|---|
| R4 R5 | L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier. | R3 : 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 | |
| | 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. | | | |
| R6 | L'établissement n'a pas transmis les résultats de l'étude des délais de réponses des dispositifs d'appel malade. | R4 : Transmettre à la mission de contrôle les résultats de l'étude des délais de réponses aux dispositifs d'appel malade. | 2 mois | |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | 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) |
|--|---|--|------------------------|---|
| R7 | En l'absence d'éléments transmis, la mission de contrôle ne peut constater si le personnel est formé aux transmissions ciblées. | R5: Transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement aux sensibilisations internes des transmissions ciblées. | 3 mois | |