

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00294



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Monsieur Dominique DEMOLIN
Directeur
EHPAD de Nedonchel
Rue d'Aire
62550 NEDONCHEL

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD de Nedonchel sis rue d'Aire à NEDONCHEL (62550) initié le 10 juin 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD de Nedonchel sis rue d'Aire à NEDONCHEL (62550) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 13 janvier 2025.

Par courrier reçu le 13 février 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

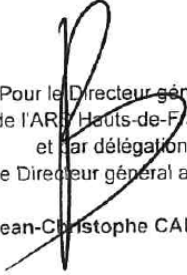
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Nedonchel à NEDONCHEL (62550) initié le 10 juin 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
E8	Au jour du contrôle, 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'aidesoignant 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 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L. 3113 du CASF.	Dès réception du rapport	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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	L'insuffisance 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.			
E15	La charge de travail du personnel ne permet pas de respecter les rythmes de vie et d'assurer aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée au sens l'article L. 311-3 du CASF au regard du nombre de toilettes par agent.			
E16	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		13/02/2025

E9	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	Dès réception du rapport	
E14	Contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF, plusieurs résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé actualisé a minima une fois par an.	Prescription 4 : Réaliser une évaluation périodique des projets personnalisés des résidents, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF		13/02/2025
E4	En n'étant pas révisé annuellement, le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 5 : Réviser annuellement le plan bleu et l'intégrer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et à l'article D. 312-160 du CASF.		13/02/2025
E5	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			

E2	En ne prévoyant pas la communication de l'ordre du jour 15 jours avant la tenue du conseil, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	<p>Prescription 6 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réviser le règlement de fonctionnement du CVS ; - Mettre à jour le projet d'établissement ; - Réviser le règlement de fonctionnement ; - Réviser le livret d'accueil ; - Formaliser un projet général de soins intégré au projet d'établissement. 	6 mois	
E3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et en ne reprenant pas l'ensemble des dispositions de l'article D311-38-3 du CASF, le projet d'établissement contrevient à la réglementation en vigueur.			
E6	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles L. 3117, R. 311-35 et 37 et L. 311-52 du CASF.			
E7	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article D. 3110-4 ainsi qu'à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
E11	En ne disposant pas d'un projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E13	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active au jour du contrôle contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
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 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	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (<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)
R2	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation 1 : Etablir dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité un plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et la qualité des prises en charge.		13/02/2025
R1	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation 2 : Mettre en place et formaliser un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.		13/02/2025
R6	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 3 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.		13/02/2025
R8	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux changes, à la gestion de l'incontinence, à la gestion de la douleur, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 4 : Formaliser des protocoles relatifs aux contentions, aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation, à la nutrition, aux changes, à la gestion de l'incontinence, à la gestion de la douleur, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	4 mois	

R4	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020, 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Étudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		13/02/2025
R5	L'établissement a précisé un taux de turn over global des équipes élevé en 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Étudier les causes de turn over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		13/02/2025
R7	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 7 : Compléter et transmettre la procédure d'admission.		13/02/2025
R3	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre les trois derniers comptes rendus de RETEX.		13/02/2025