



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00305


Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Christine DEHOUX
Directrice Générale
CH de Le Nouvion-en-Thiérache
40 rue André Ridders
02170 Le Nouvion-en-Thiérache

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence La Thiérache situé au 40 rue André Ridders à LE NOUVION-EN-THIERACHE (02170) initié le 19 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence La Thiérache situé au 40 rue André Ridders à LE NOUVION-EN-THIERACHE (02170) 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 19 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 15 mars 2024.

Par courriel reçu le 16 avril 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

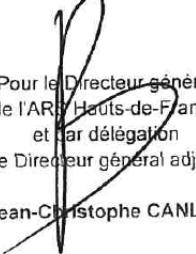
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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 Résidence La Thiérache à LE-NOUVION-EN-THIERACHE (02170) initié le 19 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés ; 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'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : 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 conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E11	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, 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 L311-3-3° du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	Au regard de la pathologie des résidents accueillis (PMP/GMP), la présence IDE n'est pas suffisante, notamment les week-ends, pour assurer la sécurité des résidents au sens de l'article L311-3, 1 ^o du CASF.	Prescription n°2 : Assurer une présence infirmière continue et suffisante en journée, notamment le week-end, afin de garantir la sécurité, ainsi que la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément à l'article L311-3-1 ^o du CASF.	1 mois	
E10	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Augmenter le temps de travail contractuel du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E1	La composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à commission de coordination gériatrique mentionnée au 3 ^o de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Intégrer à la composition de la prochaine commission de coordination gériatrique, la psychologue, la psychomotricienne, et un représentant du CVS, conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	/	16/04/2024
E15	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximum 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 personnalisés est réalisée à minima tous les ans.	6 mois	

E17	Au regard de la charge de travail du personnel et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E16	La périodicité de révision des projets d'accompagnement personnalisé définit dans la politique interne relative au projet de vie, n'est pas conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	<p>Prescription n°6 : Réviser la politique interne relative au projet de vie, en définissant une périodicité de révision des projets d'accompagnement personnalisé conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.</p>	/	16/04/2024
E18	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.	<p>Prescription n°7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	/	16/04/2024
E8	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<p>Prescription n°8 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p>	/	16/04/2024
R7	La procédure de « gestion des événements indésirables » n'aborde pas les démarches de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves à déclarer auprès de l'ARS (point focal régional) et du conseil départemental.	<p>Recommandation n°1 : Réviser la procédure de « gestion des événements indésirables » en abordant les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) devant être déclarés auprès de l'ARS (point focal régional) et du conseil départemental.</p>	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
R8	En l'absence de transmission des comptes rendus de RETEX, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la méthodologie est correctement déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°2 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 mois	
R6	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne sur la déclaration des événements indésirables, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°3 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables, et en assurer la traçabilité.	/	16/04/2024
E2	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°9 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	6 mois	
E13	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			

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 aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°10 : Réviser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	6 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS /SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.			
E7	Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme aux 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.	Prescription n°11 :	/	16/04/2024

		Réviser le livret d'accueil, en y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF, et en y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; • les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 		
E6	En n'annexant pas la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF.	Prescription n°12 : Réviser le règlement de fonctionnement et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	6 mois	
E14	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°13 : Rédiger le RAMA de l'année 2023 conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	/	16/04/2024

R14	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°4 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	
R5	En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, et de la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°5 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, et en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles.	/	16/04/2024
R10	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°6 : Engager l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	12 mois	
R15	Les professionnels ne sont pas régulièrement formés aux transmissions ciblées.	Recommandation n°7 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels aux transmissions ciblées, et en assurer la traçabilité.	6 mois	
R12	La procédure d'admission d'un nouveau résident en EHPAD incomplète.	Recommandation n°8 : Formaliser une procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 29 du rapport de contrôle).	3 mois	

R16	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux troubles du comportement et aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°9 : Formaliser les protocoles relatifs à la contention, aux troubles du comportement et aux changes et à la prévention de l'incontinence.	4 mois	
R9	Il n'existe ni de procédure ni de livret d'accueil dédié à l'intégration des nouveaux arrivants salariés.	Recommandation n°10 : Formaliser une procédure, et un livret d'accueil dédié au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants salariés.	4 mois	
R17	Les protocoles / procédures ne sont pas élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation n°11 : Elaborer et réviser les protocoles et les procédures en concertation avec les équipes (composition de groupe de travail, etc.).	/	16/04/2024
R18	L'établissement n'organise aucune formation / sensibilisation sur les protocoles / procédures internes.	Recommandation n°12 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux protocoles et aux procédures internes.	6 mois	
R19	Au jour du contrôle, les modalités visant à vérifier l'appropriation des conduites à tenir ne sont pas formalisées.	Recommandation n°13 : Définir les modalités visant à vérifier l'appropriation des conduites à tenir en interne.	3 mois	

R20	En l'absence de précision des dates de dernières mises à jour des protocoles / procédures, la mission de contrôle ne peut s'assurer que la gestion documentaire est révisée périodiquement.	Recommandation n°14 : Transmettre les dates des dernières mises à jour de tous les protocoles / procédures, afin que la mission de contrôle puisse s'assurer que la gestion documentaire est révisée périodiquement.	/	16/04/2024
R4	Au jour du contrôle, la direction n'organise pas régulièrement des réunions institutionnelles de type comité de direction (CODIR).	Recommandation n°15 : Organiser des réunions institutionnelles de type CODIR, à fréquence régulière, et formaliser les comptes rendus associés.	/	16/04/2024
R2	La directrice d'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une fiche de poste formalisant ses missions.	Recommandation n°16 : Formaliser la fiche de poste de la directrice de l'EHPAD.	/	16/04/2024
R3	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur n'ont pas été transmises à la mission de contrôle.	Recommandation n°17 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	/	16/04/2024
R1	Au regard du nombre de personnes ayant occupé le poste de directeur depuis 2018 (4), la mission de contrôle constate une instabilité de la fonction de direction.	Recommandation n°18 : Étudier les causes du taux de turn over de la direction et des taux d'absentéisme des équipes élevés, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

R11	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R13	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le contrat de séjour complet.	Recommandation n°19 : Transmettre le contrat de séjour.	/	16/04/2024
R21	L'établissement n'a pas transmis la liste de ses conventions de partenariat à la mission de contrôle.	Recommandation n°20 : Transmettre la liste des conventions de partenariat de l'établissement.	/	16/04/2024