

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00410



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Sabine ALISSE
Directrice
EHPAD HL NANTEUIL-LE-
HAUDOUIN
15 rue Beauregard
60440 NANTEUIL-LE-HAUDOUIN

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD HL NANTEUIL-LE-HAUDOUIN sis 15 rue Beauregard à NANTEUIL-LE-HAUDOUIN (60440).

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD HL NANTEUIL-LE-HAUDOUIN sis 15 rue Beauregard à NANTEUIL-LE-HAUDOUIN (60440) 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 18 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 19 mars 2024.

Par courrier reçu le 19 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.

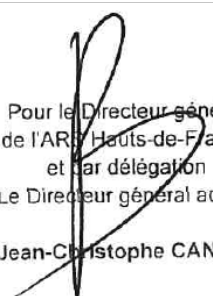
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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(s) jointe(s) :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD HL NANTEUIL-LE-HAUDOUIN à NANTEUIL-LE-HAUDOUIN (60440) initié le 18 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| E7 | 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 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en qualification, de jour comme de nuit, afin d'assurer aux résidents une prise en charge sécurisée et le respect de leurs rythmes de vie, conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. | 6 mois | |
| E9 | L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF. | | | |
| E13 | Au regard de la charge de travail du personnel, et de l'absence de projet d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| E14 | Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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. | / | 19/04/2024 |
| E12 | L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF. | Prescription 3 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal 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. | 3 mois | |
| E8 | Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | Prescription 4 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF. | 3 mois | |
| E10 | Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF. | Prescription 5 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF. | 6 mois | |
| E6 | 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. | Prescription 6 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ; - rédiger une procédure de gestion interne des événements indésirables | | |
| R5 | L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables et la fiche de déclaration d'événement indésirable ou | | | |

| 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) |
|---|--|---|------------------------|---|
| | indésirable grave n'a pas été mise à jour depuis 2016. | <ul style="list-style-type: none"> - actualiser la fiche de déclaration d'événement indésirable ou indésirable grave ; - Rédiger une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) ; - transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement sur la formation à la déclaration des événements indésirables. | | |
| R7 | L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves et événements indésirables graves associés aux soins formalisée. | | | |
| R6 | En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie. | | | |
| E11 | Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux | Prescription 7 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF. | 6 mois | |
| E1 | Au jour du contrôle, le CVS n'est pas constitué, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF. | Prescription 8 : Constituer le CVS conformément aux articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF. | / | 19/04/2024 |
| E2 | En ne précisant pas la date de consultation du CVS et les modalités de son élaboration, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. | Prescription 9 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires. | 6 mois | |
| E3 | 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 et n'est pas annexé au projet d'établissement contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 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) |
|---|--|--|------------------------|---|
| E4 | 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. | | | |
| E5 | Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. | Prescription 10 : Mettre en conformité le livret d'accueil conformément 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 et établir un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance. | 3 mois | |
| R2 | L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance. | | | |
| R4 | Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions. | Recommandation 1 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects. | 3 mois | |
| R13 | 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. | | | |
| R3 | L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement. | Recommandation 2 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière. | 8 mois | |
| R12 | La procédure d'admission n'a pas été mise à jour depuis 2014 et est incomplète. | Recommandation 3 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer. | 3 mois | |
| R9 | L'IDE Faisant Fonction cadre de santé ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique à l'encadrement. | Recommandation 4 : Engager L'IDE « Faisant Fonction cadre de santé » dans une action de formation dédiée à l'encadrement | 6 mois | |
| R15 | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux urgences, aux chutes, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs et au circuit du médicament. | Recommandation 5 : - Etablir en concertation avec les équipes les protocoles relatifs à la contention, aux urgences, aux chutes, aux troubles du comportement, aux changes et à la | 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) |
|---|---|--|------------------------|---|
| R16 | En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la formation des personnels aux protocoles n'est pas garantie. | prévention de l'incontinence, à la douleur, aux soins palliatifs et au circuit du médicament. et les transmettre à la mission de contrôle; - Former le personnel et transmettre les feuilles d'émargement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique. | | |
| R17 | Les protocoles ne sont pas tous évalués de façon périodique. | | | |
| R1 | Le directeur de l'EHPAD ne dispose pas d'une fiche de poste, ses missions ne sont pas formalisées. | Recommandation 6 : Rédiger la fiche de poste pour la directrice ainsi que les fiches de tâches pour le personnel de nuit et les ASH. | / | 19/04/2024 |
| R10 | Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment le personnel de nuit et les ASH. | | | |
| R8 | La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'a pas été remise à la mission de contrôle. | Recommandation 7 : Etablir une procédure d'accueil du nouvel arrivant. | 2 mois | |
| R11 | Les feuilles d'émargement des formations externes/sensibilisations internes n'ont pas toutes été remises à la mission de contrôle, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du plan de formation. | Recommandation 8 : Transmettre les feuilles d'émargement attestant la formation des personnels aux formations internes/externes et aux sensibilisations sur les transmissions ciblées. | / | 19/04/2024 |
| R14 | En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie. | | | |