

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00441



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Jocelyne POURRIAU
Directrice
EHPAD Résidence du Parc
2 rue du Faubourg Saint-Marcoult
80190 NESLE

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence du Parc sis 2 rue du Faubourg Saint-Marcoult à NESLE (80190) initié le 18 octobre 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Résidence du Parc sis 2 rue du Faubourg Saint-Marcoult à NESLE (80190) 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 16 février 2024.

Par courrier reçu le 18 mars 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 du Parc à NESLE (80190) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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	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 personnels faisant fonction d'AS ; 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 afin de garantir aux résidents une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	1 mois	
E11	Le fonctionnement du PASA ne respecte pas les modalités définies par l'annexe VIII de la circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et du décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription 2 : S'assurer que les jours de fonctionnement du PASA respectent la circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et du décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.		18/03/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<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)
E9	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	3 mois	
E10	L'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste relative au médecin coordonnateur et reprenant les missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 4 : Etablir une fiche de poste pour le médecin coordonnateur reprenant les missions définies par l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 5 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	6 mois	
E13	L'établissement ne dispose pas d'un rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9, et D. 312-158, alinéa 10, du CASF.	Prescription 7 : 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.	6 mois	
E6	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 8 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	3 mois	
E7	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	Prescription 9 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.		18/03/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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	Chaque résident 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 10 : 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.	3 mois	
E4	Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement et 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 11 : Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 12 : Les documents institutionnels (projet d'établissement et livret d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, de l'ARS et du Conseil Départemental, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E2	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 13 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en réunissant au minimum 3 fois par an le CVS conformément à l'article D. 311-16 du CASF et en transmettant : - une composition du CVS conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF, - les procès-verbaux de réunions signés par la présidente du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF ;	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
		- le règlement intérieur du CVS établi lors de la 1 ^{ère} réunion conformément à l'article D. 311-19 du CASF.		
E15	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement à chaque résident, 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 14 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		18/03/2024
R1	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée en cas d'absence de la directrice.	Recommandation 1 : Organiser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur.	3 mois	
R4	En l'absence de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation 2 : Former le personnel à la déclaration des événements indésirables et aux protocoles puis transmettre les feuilles d'émargement.	6 mois	
R11	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.			
R5	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 3 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	3 mois	
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 4 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.	3 mois	
R8	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont réalisées que de manière	Recommandation 5 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident.		18/03/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
	occasionnelle suite à un incident.			
R6	L'établissement a renseigné des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 6 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		18/03/2024
R9	Les transmissions ne sont pas ciblées.	Recommandation 7 : Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.	6 mois	
R7	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 8 : Compléter la procédure d'admission.		18/03/2024
R2	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 9 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.		18/03/2024
R10	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 10 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R13	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation 11 : Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 mois	
R12	Au jour du contrôle, les protocoles ne sont pas appliqués par les personnels.	Recommandation 12 : S'assurer que les protocoles sont appliqués par les personnels.	3 mois	