

Le directeur général

Lille, le 16 MARS 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0218

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Natalie Doignies sis 63, rue de Gand à Lille (59800) 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 7 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 26 janvier 2023. Par courrier reçu par mes services le 24 février 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.

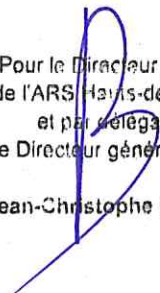
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

Monsieur le président
de l'Association Natalie Doignies
12, rue de Thionville
59800 LILLE

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



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.

Copie à M. François VIC, directeur de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Natalie Doignies à LILLE (59800) initié le 07 octobre 2022

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)
E10	L'inconstance 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 sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et de respecter leur rythme de vie.	2 mois	
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'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des Agents de service logistique ou 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.			
R10	Au regard de la charge de travail des personnels soignants, les conditions de réalisation des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de respecter les rythmes de vie des résidents.			
E1	Le directeur ne dispose pas du document unique de délégation, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	Prescription 2 : Etablir le document unique de délégation du directeur ainsi que sa fiche de poste.	1 mois	
R1	Le directeur de l'EHPAD ne dispose pas de fiche de poste.			

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)
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,80 ETP afin de se conformer à la réglementation	3 mois	
E2	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie de manière régulière contrairement aux dispositions de l'article D312-158 3° du CASF.			
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.			
E15	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 4 : 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	
R8	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
R9	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.			
E13	En l'absence de précision sur les modalités de recueil du consentement de la personne avant son entrée en EHPAD, la procédure d'admission n'est pas conforme à l'article L311-4 du CASF.	Prescription 5 : Mettre à jour la procédure d'admission conformément à l'article L. 311-4 du CASF.	1 mois	
R7	La procédure d'admission est incomplète.			
E11	Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007, aucune formation relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 6 : Organiser de manière régulière des sensibilisations internes sur les prises en charge spécifiques et former l'ensemble du personnel à la déclaration des événements indésirables, à la prévention et la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. Faire signer systématiquement lors des formations et sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	
R3	Il n'existe pas de plan de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables.			

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)
R6	L'établissement n'organise pas de manière régulière de sensibilisations internes contrairement aux recommandations de l'HAS.			
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
E6	Les coordonnées du Conseil Départemental ainsi que les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
E3	En l'absence de précisions sur ses modalités d'élaboration, le projet d'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	3 mois	
E4	En ne précisant pas dans le projet d'établissement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E5	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
E7	En ne réunissant pas systématiquement le CVS trois fois par an, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-16 du CASF.	Prescription 8 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF.		

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)
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 9 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015	Dès réception du rapport	
R5	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme et de turn over élevé, sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 1 : Analyser les causes du turn over et de l'absentéisme du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.		
R2	Sachant que les comptes rendus de CODIR n'ont pas été transmis pour les mois de juillet, août et septembre 2022, les CODIR ne sont pas organisés de manière régulière.	Recommandation 2 : Organiser des CODIR de manière régulière et rédiger leurs comptes rendus.		
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, l'hydratation ainsi que les changes et la prévention de l'incontinence.	Recommandation 3 : Etablir les protocoles relatifs aux troubles du comportement, à l'hydratation ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	3 mois	
R4	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en mentionnant la réalisation de RETEX et l'appliquer.	3 mois	
R11	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 réalisées que de manière occasionnelle suite à incident ou réclamation.	Recommandation 5 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière et non uniquement suite à un incident ou une réclamation.	3 mois	