

Le directeur général

Lille, le 25 SEP. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00169


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Maison Dominicaine de Retraite situé au 1 rue du Général De Gaulle à HARDINGHEN (62132) 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 mai 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 aout 2023.

Par courriel reçu par mes services le 06 septembre 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.

Noël DEFFONTAINES,
Président du Conseil d'Administration,
Association Temps de vie
Parc du Canon d'Or
Bat. C - 1er Etage
5 Rue Philippe Noiret
59350 SAINT ANDRE LEZ LILLE

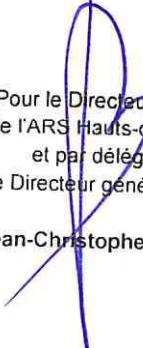
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 effectives des actions prévues.

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



Copie à Monsieur Alexandre DESPATURES, directeur de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Maison Dominicaine de Retraite à HARDINGHEN (62132) initié le 10 mai 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	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 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 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 L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E7	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.			
E11	Les conditions des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes. La charge de toilettes par agent ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité au sens de l'article L311-3 du CASF.			
E5	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription n°2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	18 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E6	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 mois	
E1	L'organisation du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D311-9 et D311-20 du CASF.	Prescription n°4 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles D311-9 et D311-20 du CASF (cf. détails pages 11 et 12 du rapport de contrôle).	3 mois	
E10	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret 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 n°5 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. détails page 28 du rapport de contrôle).	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E2	En ne disposant pas 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°6 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant le projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	6 mois	
E8	En ne disposant pas d'un projet de soins à jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E3	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.	<p>Prescription n°7 :</p> <p>Préciser dans le livret d'accueil, 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 :</p> <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. 	3 mois	
E9	Le RAMA n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur, ce qui contrevient à l'article D312-158 10 ^e du CASF.	<p>Prescription n°8 :</p> <p>Faire cosigner le RAMA par le médecin coordonnateur et le directeur, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.</p>	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R7	L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°1 : Engager l'IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R3	Les diplômes et les extraits de casiers judiciaires n'ont pas été remis de manière exhaustive à la mission de contrôle.	Recommandation n°2 : Transmettre de manière exhaustive à la mission de contrôle, l'ensemble des diplômes et des extraits de casiers judiciaires.	1 mois	
R15	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas systématiquement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°3 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R4	La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas correctement déployée, et l'établissement ne réalise pas annuellement des bilans des plaintes et des réclamations, ainsi que des enquêtes de satisfaction.	Recommandation n°4 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en réalisant annuellement des bilans des plaintes et des réclamations, et en recueillant la satisfaction des résidents, et de leurs proches.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R12	Il n'existe pas de procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.	Recommandation n°5 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.	4 mois	
R11	La trame du projet d'accompagnement personnalisé ne prévoit pas de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident.	Recommandation n°6 : Revoir la trame du projet d'accompagnement personnalisé, en prévoyant : <ul style="list-style-type: none">• la possibilité de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement pour chaque résident ;• la signature des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux.	4 mois	
R13	La trame du projet d'accompagnement personnalisé ne prévoit pas la signature des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux.			
R10	En l'absence de transmission d'un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les projets sont réévalués à minima une fois par an.	Recommandation n°7 : Transmettre à la mission de contrôle un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, à jour.	4 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs au circuit du médicament et aux conduites à tenir en cas d'urgence.	<p>Recommandation n°8 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le circuit du médicament ; • la conduite à tenir en cas d'urgence. 	6 mois	
R6	La procédure « d'accueil d'un nouveau salarié » ne prévoit pas les modalités d'intégration des nouveaux arrivants.	<p>Recommandation n°9 : Réviser la procédure « d'accueil d'un nouveau salarié », en y ajoutant les modalités d'intégration des nouveaux arrivants.</p>	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R17	Les protocoles / procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°10 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	/	
R9	Au jour du contrôle, les professionnels soignants et d'hôtellerie ne bénéficient pas de fiches de tâches.	Recommandation n°11 : Formaliser des fiches de tâches pour les professionnels soignants et d'hôtellerie.	4 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°12 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	
R1	Les rencontres entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas régulières, ni formalisées.	Recommandation n°13 : Formaliser et assurer la traçabilité des rencontres entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R14	Il existe une incohérence entre l'horaire du petit déjeuner transmis par la direction et l'horaire mentionné dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.	Recommandation n°14 : Mettre en concordance, dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement, l'horaire de début effectif de service du petit déjeuner.	1 mois	
R2	En l'absence de transmission des comptes rendus de CODIR, la mission de contrôle ne peut s'assurer de leur réalisation effective.	Recommandation n°15 : Transmettre à la mission de contrôle les comptes rendus de CODIR (en masquant, si nécessaire, les éléments confidentiels).	/	
R5	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°16 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	