



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00413



LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD La Domaniale sis 503 route de Wierre-Effroy à Belle-et-Houlefort (62142) 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 21 novembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16 mai 2024.

Par courrier reçu par mes services le 17 juin 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.

Madame Evelyne VIERTAIX
Présidente de la SAS La Domaniale
EHPAD La Domaniale
503 route de Wierre-Effroy
62142 BELLE-ET-HOULLEFORT

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gilardi".

Hugo GILARDI

Copie à Monsieur Stéphane VIERTAIX, 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 La Domaniale à Belle-et-Houlefort (62142) initié le 21 novembre 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)
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté d'autorisation du 1 ^{er} septembre 2021.	Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.		12/07/2024
E14	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 et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1 ^o du CASF.	Prescription 2 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en qualification, le jour et la nuit, 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 ^o du CASF.	1 mois	

E12	<p>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 faisant fonction d'aide-soignant. 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.</p>			
-----	--	--	--	--

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)
E13	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.			
R 11	La fiche de paie du médecin coordonnateur n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	<p>Prescription 3 : Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF ainsi que sa fiche de paie.</p>		12/07/2024

E16	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas cosigné par le directeur de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	<p>Prescription 4 : Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.</p>	3 mois
-----	---	---	--------

E15	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 5 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	6 mois
E11	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 : 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.	Dès réception du rapport
E10	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire et en ne vérifiant pas systématiquement la nature du diplôme obtenu de son personnel, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 7 : Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et transmettre les qualifications manquantes du personnel à la mission de contrôle.	1 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)
E2	La commission de coordination gériatrique se s'est pas réunie depuis 2021 contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° CASF.	Prescription 8 : Réunir la commission coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.			3 mois	
E9	Contrairement à l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 9 : Former l'ensemble du personnel à la prévention et la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, conformément à la réglementation.			2 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)
E17	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	
E8	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil contrairement aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.			
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, 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)
E6	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.			
E7	En ne définissant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans) et en l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E3	Au regard des difficultés de mise en place, le CVS n'est pas actif, ce qui est contraire aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF.	Prescription 12 : Réunir le CVS trois fois par an conformément à l'article D. 31116 du CASF et mettre à jour le règlement intérieur du CVS.	3 mois	
R7	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.			

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.	Prescription 13 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		12/07/2024
R4	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas définies.	Recommandation 1 : Formaliser l'organisation des astreintes afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées et définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.		
R3	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 1 : Formaliser l'organisation des astreintes afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées et définir les modalités d'intérim en l'absence du directeur.	3 mois	
R5	Les rencontres entre le directeur de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	Recommandation 2 : Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.	3 mois	

R6	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation 3 : Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R2	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste.	Recommandation 4 : Rédiger la fiche de poste du directeur.	1 mois	
R8	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes des usagers.	Recommandation 5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R15	L'établissement ne prévoit pas suffisamment de formations externes portant sur les spécificités du public accueilli.	Recommandation 6 : Prévoir davantage de formations sur les spécificités des personnes accueillies.	6 mois	
R17	L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées.	Recommandation 7 : Réaliser des sensibilisations régulières sur les transmissions ciblées.	3 mois	
R18	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs.	Recommandation 8 : Etablir en concertation avec les équipes les protocoles relatifs aux contentions, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs.	3 mois	
R16	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 9 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R13	L'établissement a précisé des taux de turn-over des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Etudier les causes du turn-over et d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	

R12	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 10 : Etudier les causes du turn-over et d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R10	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 11 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.	1 mois	
R14	Les feuilles d'émargement des formations 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 12 : Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement datées relatives aux : - formations sur la déclaration des évènements indésirables ; - formations réalisées inscrites dans les plans de formations 2022 et 2023.		12/07/2024
R9	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.		Recommandation levée.	
R19	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	Recommandation 13 : Former le personnel aux protocoles de l'établissement et mettre en place un émargement systématique lors de formations internes et externes.	4 mois	
R 1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 14 : Mettre à jour l'organigramme.		12/07/2024