

Le directeur général

Lille, le 04 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00016

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Château de la source à Nogent-l'Artaud (02555) 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 février 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 2 mai 2023. Par courrier reçu par mes services le 2 juin 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.

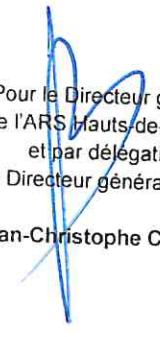
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 EYGASIER Eric
Directeur général
Domusvi
46-48, rue Carnot
92150 Suresnes

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 directeur général, 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.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de de l'EHPAD Château de la source à Nogent-l'Artaud (02555) initié le 21/02/2023

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)
E.9	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit 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 L. 311-3-1° du CASF.	P.1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	02/06/2023	
R.8	Au regard du nombre de CDD au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E.7	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	P.2 : Mettre fin aux glissements de tâches.	8 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)
	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.			
E.5	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national (14) et des qualifications (2) dans le dossier de tous les salariés, 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.	P.3 : Transmettre les casiers judiciaires et les qualifications des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.	02/06/2023	
R.2	La mission d'inspection constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).			
R.2	La mission d'inspection constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).			

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)
E.1	Le directeur de l'établissement ne dispose pas des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	P.4 : Engager le directeur dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	5 mois	
E.8	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,80 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P.5 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	02/06/2023	
E.6	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.	P.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.	02/06/2023	

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)
E.2	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation les modalités de l'élaboration du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	P.7 : Réviser les documents institutionnels (projet d'établissement, projet de soins et règlement intérieur) conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	02/06/2023	
E.3	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.			
E.10	En ne précisant pas les modalités de son élaboration, le projet de soins contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			
E.4	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 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)
R.11	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an	R.1 : 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.	02/06/2023	
R.9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R.2 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	02/06/2023	
R.10	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevées sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			

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)
R.4	L'établissement ne dispose pas de procédure de déclaration et gestion interne des événements indésirable.	R.3 : Etablir la procédure de déclaration et gestion interne des événements indésirables incluant la réalisation de RETEX, former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables et mettre en place des feuilles d'émargement.	1 mois	
R.5	En l'absence de transmission de feuille d'émargement la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation de sensibilisation à la déclaration des événements indésirables auprès du personnel.			
R.6	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.			
R.12	Les protocoles, tels que : incontinence et facteur de risque, prise en charge de la douleur, soins palliatifs : accompagnement du résident, urgence et hospitalisation ne sont pas révisés régulièrement.	R.4 : Evaluer et mettre à jour les protocoles suivants : incontinence et facteur de risque, prise en charge de la douleur, soins palliatifs : accompagnement du résident, urgence et hospitalisation.	02/06/2023	
R.3	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effective des réclamations et plaintes.	R.5 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	02/06/2023	

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)
R.7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant finalisée au jour du contrôle.	R.6 : Finaliser la procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant.	02/06/2023	
R.1	Le directeur d'établissement ne dispose pas de fiche de poste.	R.7 : Etablir la fiche de poste du directeur.	02/06/2023	