

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00256

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La fontaine Médicis situé au 1493 rue de la chaussée à Gouvieux (60270) 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 mai 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 02 octobre 2024.

Par courriel reçu par mes services le 31 octobre 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.

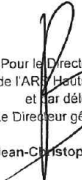
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur Eric EYGASIER
Directeur général
DOMUSVI
46-48, rue Carnot
92150 SURESNES

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 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

Copie à Monsieur Gabriel TROUVE, le 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 Fontaine de Médicis à GOUVIEUX (60270) initié le 21 mai 2024

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)
E5	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aidesoignant, 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 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'aidesoignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription 1 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier aux glissements de tâches.	6 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)

E4	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 2 : Dans le cadre d'une démarche de prévention et lutte contre la maltraitance et d'amélioration continue de la qualité : - Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.	2 mois	31 octobre 2024
E2	En ne mettant pas à disposition du résident une connexion internet dans sa chambre, l'établissement contrevient aux dispositions du Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et notamment à l'annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription 3 : Se conformer à la réglementation en mettant à disposition une connexion internet dans les chambres des résidents	3 mois	31 octobre 2024
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)
E3	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 4 : Mettre en conformité le livret d'accueil en incluant les coordonnées téléphoniques des autorités administratives conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	1 mois	31 octobre 2024

E1	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois par an, et en l'absence de signature des procès-verbaux de CVS par sa présidente, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale contreviennent aux dispositions des articles D. 31116 et D. 311-20 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> ⑦ La signature systématique des procès-verbaux par la présidente du CVS ; ⑦ La mise en place d'un minimum de trois CVS par an. 	3 mois	31 octobre 2024
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 6 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	31 octobre 2024
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)
E7	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 7 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	6 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)
E8	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°20151868 du 30 décembre 2015.	Prescription 8 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°20151868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	31 octobre 2024
R4	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	1 mois	31 octobre 2024
R3	L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 2 : Étudier les causes de l'absentéisme et de turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	31 octobre 2024
R2	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			

R1	Le diplôme du médecin coordonnateur n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 3 : Transmettre le diplôme médecin du coordonnateur.	1 mois	31 octobre 2024
----	--	--	--------	--------------------