

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024\_HDF\_00660  
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Madame Isabelle SOUFFLET  
Directrice  
EHPAD de Buironfosse  
10 rue du 12<sup>ème</sup> Chasseur  
02620 BUIRONFOSSE

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD de Buironfosse sis 10 rue du 12<sup>ème</sup> Chasseur à BUIRONFOSSE (02620) initié le 10 février 2025.

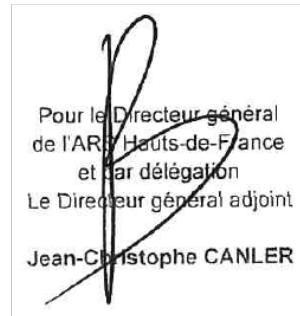
Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022-2024, l'EHPAD de Buironfosse sis 10 rue du 12<sup>ème</sup> Chasseur à BUIRONFOSSE (02620) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 10 février 2025.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 09 avril 2025.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

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](mailto: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 territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

## **Mesures correctives à mettre en œuvre**

### **Contrôle sur pièces de l'EHPAD de Buironfosse à BUIRONFOSSE (02620) initié le 10 février 2025**

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 <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 ASH « faisant fonction » d'AS ; 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>	<p><b>Prescription 1 :</b> Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit, afin de garantir une prise en charge sécurisée des résidents, et le respect de leur rythme de vie conformément aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF et mettre à jour la fiche de tâches de l'ASH de nuit afin qu'elle comporte des missions qui relèvent de ses compétences.</p>	Immédiat	

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)
E11	L'insuffisance et 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 <sup>o</sup> du CASF.			
R14	La fiche de tâches des ASH de nuit comportent des missions qui ne relèvent pas de leurs compétences.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation, conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Immédiat	
E10	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	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)
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E7	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 et au Guide de la HAS du 3 octobre 2024 relatif à la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissement, des formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance ne sont pas régulièrement dispensées au sein de l'établissement.	<b>Prescription 5 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant le personnel sur cette thématique conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 et des recommandations de la HAS du 3 octobre 2024, et transmettre les feuilles d'émargement de ces formations à la mission de contrôle.	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)
E12	En ne disposant pas d'un RAMA rédigé avec le concours de l'équipe soignante, cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement, et soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D. 312-155-3 alinéa 9 et D312-158 10° du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Rédiger avec le concours de l'équipe soignante et soumettre le prochain RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D.311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux articles D. 311-5, D.311-16, D. 311-19 et D. 311-20 du CASF, et transmettre à la mission de contrôle le procès-verbal des dernières élections des membres du CVS	3 mois	
R4	Le procès-verbal des dernières élections des membres du CVS n'a pas été remis à la mission de contrôle.			
E3	En l'absence de précisions sur la date de consultation du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, le règlement de	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)
<p>En ne précisant pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et en ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPADs, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF ainsi qu'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.</p> <p><b>E5</b></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)
<p>E6</p> <p>En n'annexant pas au livret d'accueil une notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF ainsi qu'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 en ne précisant pas les coordonnées du Conseil Départemental de l'Aisne.</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 contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311 et L. 311-4 du CASF ainsi que 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.	<b>Prescription 9 :</b> Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 et L. 311-4 du CASF et 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 médicosociaux.	<b>3 mois</b>	
R15	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 1 :</b> Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	<b>3 mois</b>	
R16	Le tableau prévisionnel des projets personnalisés transmis à la mission de contrôle ne permet pas de s'assurer que les projets personnalisés sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	<b>Recommandation 2 :</b> Formaliser le tableau prévisionnel des projets personnalisés et s'assurer qu'ils sont élaborés dans les 6 mois suivant l'entrée du résident.	<b>3 mois</b>	
R6	Les modalités de gestion et de traitement des événements indésirables, après déclaration, ne sont pas formalisées.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en place une politique de gestion des risques en : - Formalisant une procédure de	<b>3 mois</b>	

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)
R7	Le personnel n'est pas sensibilisé à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.	déclaration interne et externe des événements indésirables et événements indésirables graves liés aux soins ; - Mettant en place des sensibilisations internes sur la déclaration des EI/EIG et transmettre les feuilles d'émargement ; - Réalisant régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.		
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).			
R9	L'établissement n'organise pas, au jour du contrôle, de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables graves.			
R5	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	<b>Recommandation 4 :</b> Rédiger un plan global d'amélioration continue de la qualité, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc.	3 mois	
R17	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 pas réalisées.	<b>Recommandation 5 :</b> Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 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)
R11	L'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	<b>Recommandation 6 :</b> Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R18	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux contentions, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs.			
R19	Les protocoles ne sont pas tous élaborés en concertation avec les équipes.	<b>Recommandation 7 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux contentions, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence et aux soins palliatifs ;</li><li>- Etablir les protocoles en concertation avec les équipes ;</li><li>- Organiser régulièrement des formations et sensibilisations sur les protocoles internes et transmettre les feuilles d'émargement à la mission de contrôle ;</li><li>- Évaluer les protocoles de façon périodique.</li></ul>	3 mois	
R20	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.			

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)
R21	Les protocoles ne sont pas tous évalués périodiquement.			
R12	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 8 :</b> Etudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R13	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	<b>Recommandation 9 :</b> Formaliser un livret d'accueil pour l'ensemble des nouveaux employés.	3 mois	
R10	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil pour l'ensemble des nouveaux employés formalisé.	<b>Recommandation 10 :</b> Organiser et formaliser la continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la directrice.	3 mois	
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	<b>Recommandation 11 :</b> Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'établissement.	1 mois	
R3	Aucune réunion institutionnelle n'est organisée au sein de l'établissement.			

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)
R1	La directrice d'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste formalisant ses missions.	<b>Recommandation 12 :</b> Rédiger la fiche de poste de la directrice formalisant ses missions et la transmettre à la mission de contrôle.	1 mois	