

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00327

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Fontaine Médicis sis 1 rue Napoléon Bonaparte à VAUX-ANDIGNY (02110) 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 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 19 février 2025.

Par courrier reçu le 21 mars 2025, 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 Madame Elisabeth FERREIRA, la directrice 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 Médicis à VAUX-ANDIGNY (02110) initié le 24 juillet 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'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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés ; 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 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF. | Immédiat | |
| R3 | La fiche de poste « agent de service hôtelier(e) affecté au service soins remplissant partiellement des missions aide-soignant » démontre des glissements de tâches. | | | |

| | | | | |
|-----------|--|--|-----------------|---------------------|
| E6 | Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF. | Prescription n°2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour atteindre un temps de coordination médicale conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF. | Immédiat | 21 mars 2025 |
| E7 | Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF. | | | |
| E8 | La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D. 312-158 du CASF. | Prescription n°3 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF. | 1 mois | 21 mars 2025 |
| E1 | Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF. | Prescription n°4 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails page 11 du rapport de contrôle). | 6 mois | |

| | | | | |
|-----------|---|---|---------------|---------------------|
| E4 | En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour 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. | Prescription n°5 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation. | 1 mois | 21 mars 2025 |
| 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. | Prescription n°6 : Réviser le livret d'accueil, en y précisant 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 : <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 | 21 mars 2025 |

| | | | | |
|------------|--|--|---------------|---------------------|
| E2 | En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'annexe 2-3-1 du CASF. | Prescription n°7 : Réviser le règlement de fonctionnement, en modifiant notamment les modalités de facturation aux usagers, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD mentionné dans l'annexe 23-1 correspondante au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD (cf. page 13 du rapport de contrôle). | 3 mois | 21 mars 2025 |
| E9 | Le contrat de séjour est partiellement conforme aux dispositions de l'article L311-4 du CASF. | Prescription n°8 : Réviser le contrat de séjour en y intégrant la mention selon laquelle la conclusion du contrat vaut accord de principe pour le contrôle de l'espace privatif ainsi que pour la collecte, la conservation et le traitement des données personnelles recueillies au cours de la prise en charge conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF. | 3 mois | 21 mars 2025 |
| E10 | En l'absence de renseignement des dates des dernières révisions des projets d'accompagnement personnalisé dans le tableau de suivi et de programmation, la mission de contrôle ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un projet réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF. | Prescription n°9 : Transmettre un tableau de suivi et de programmation de révision des projets d'accompagnement personnalisé, comprenant les dates des dernières révisions des projets, afin que la mission de contrôle puisse s'assurer que chaque résident dispose d'un projet réévalué périodiquement et à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF. | 3 mois | 21 mars 2025 |

| | | | | |
|-----------|---|--|---------------|---------------------|
| R5 | L'établissement n'a pas transmis les horaires des transmissions orales ni la qualité des membres qui y participent. | Recommandation n°1 : Transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales (créneaux horaires et professionnels participants). | 1 mois | 21 mars 2025 |
| R1 | En l'absence de formalisation d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement. | Recommandation n°2 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en élaborant un plan global d'actions d'amélioration continue de la qualité. | 6 mois | 25 mars 2025 |
| R4 | La procédure « d'accueil de la personne accompagnée » est incomplète. | Recommandation n°3 : Réviser la procédure « d'accueil de la personne accompagnée » en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 29 du rapport de contrôle). | 3 mois | 25 mars 2025 |
| R6 | L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs à la gestion des troubles du comportement, à l'hydratation, ainsi qu'aux soins palliatifs et à la fin de vie. | Recommandation n°4 : Formaliser les protocoles relatifs à la gestion des troubles du comportement, à l'hydratation, ainsi qu'aux soins palliatifs et à la fin de vie. | 4 mois | |
| R7 | Les procédures et les protocoles ne sont pas été élaborés en concertation avec les équipes. | Recommandation n°5 : Elaborer les procédures et les protocoles en concertation avec les équipes afin de favoriser l'appropriation des conduites à tenir. | 3 mois | |

| | | | | |
|-----------|---|--|---------------|---------------------|
| R8 | Les protocoles et les procédures ne sont pas révisé(e)s périodiquement. | Recommandation n°6 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour. | 3 mois | |
| R2 | 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 n°7 : Étudier les causes du turn over élevés des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. | 6 mois | 25 mars 2025 |