



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00389  


**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Myosotis sis 160 rue Augustin Tirmont à Raimbeaucourt (59283) 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 12 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 19 septembre 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.

Monsieur Pascal GUERIN  
Président  
Groupe DOMIDEP  
18 rue du Creuzat  
38080 L'ISLE-D'ABEAU

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Monsieur Gauthier CHASTAIN, 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 Les Myosotis à Raimbeaucourt (59283) 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)
E7	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 auxiliaires de vie sociale. 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><b>Prescription 1 :</b>            Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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 et transmettre un échéancier à la mission de contrôle.</p>	Dès réception du rapport	
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	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° du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> 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° du CASF.	1 mois	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
E13	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour, en termes de nombre d'agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité en UVA, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Positionner suffisamment de personnel qualifié au sein de l'UVA afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF et établir un planning spécifique pour le personnel de l'UVA.	1 mois	
R8	Le personnel dédié à l'UVA ne dispose pas de planning spécifique.			
E1	La directrice de l'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Transmettre l'attestation réussite de la formation niveau I pour laquelle la directrice s'est inscrite comme le précise l'article 312-176-6 CASF.		17/09/2024

E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> 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.	<b>Dès réception du rapport</b>	
E10	Le médecin coordonnateur ne dispose pas 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.	<b>Prescription 6 :</b> Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.	<b>6 mois</b>	
E9	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.	<b>Prescription 7 :</b> S'assurer que le temps de travail (0,6 ETP) du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	<b>1 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>

E11	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois	
E6	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire et en 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.	<b>Prescription 9 :</b> 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	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>

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.	<b>Prescription 10 :</b> 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.	1 mois	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>

E16	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 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 médico-sociaux.	<b>Prescription 11 :</b> Réviser et mettre à jour le contrat de séjour conformément aux dispositions de l'article D. 311 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>	
E5	Le livret d'accueil n'est pas 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.			
E3	En ne précisant pas la date de consultation du CVS, l'organisation des soins palliatifs et les modalités de son élaboration, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 12 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.		
E14	Le projet de soins ne comporte pas de partie dédiée aux soins palliatifs, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 311-38 du CASF.			
E4	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.			

E2	La composition du CVS n'étant pas conforme et, en l'absence de signature systématique des procèsverbaux de réunion par sa présidente, le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 13 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - Révisant la composition du CVS conformément aux nouvelles dispositions de l'article D. 311-5 du CASF ; - Faisant signer systématiquement les procès verbaux des réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E15	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement et n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.	<b>Prescription 14 :</b> Soumettre le RAMA pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire co-signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
E18	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeûne 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.	<b>Prescription 15 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		<b>17/09/2024</b>
R4	L'absence d'IDEC au sein de la structure ne permet pas d'assurer des missions de coordination des soins et un management de proximité.	<b>Recommandation 1 :</b> Procéder au recrutement d'un IDEC ou engager l'IDER dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	<b>3 mois</b>	

R5	L'infirmière référente ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.			
R3	Les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas organisées.	<b>Recommandation 2 :</b> Mettre en place des réunions entre la directrice d'établissement et l'organisme gestionnaire et établir des comptes rendus.		17/09/2024
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
R2	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas définies.	<b>Recommandation 3 :</b> Définir les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.		17/09/2024
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	<b>Recommandation 4 :</b> Formaliser l'organisation des astreintes afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	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)
R7	L'établissement a précisé des taux de turnover des équipes élevés sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 5 :</b> 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	
R6	L'établissement a précisé des taux d'absentéisme des équipes élevés sans préciser les actions mises en place pour y remédier.			
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux soins palliatifs.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement et aux soins palliatifs et réévaluer de façon périodique les différents protocoles.	3 mois	
R14	L'ensemble des protocoles n'a pas été évalué de façon			

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)
R13	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la formation du personnel aux protocoles n'est pas garantie.	<b>Recommandation 7 :</b> Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur les protocoles internes.		17/09/2024
R11	Les procédures d'admission sont incomplètes.	<b>Recommandation 8 :</b> Mettre à jour les procédures d'admission en équipe pluridisciplinaire et les appliquer.	3 mois	
R9	Les fiches de tâches n'ont pas été remises à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 9 :</b> Transmettre les fiches de tâches du personnel de jour et de nuit.		17/09/2024

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)
R10	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.	<b>Recommandation 10 :</b> Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées.		17/09/2024