

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00124



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Les Boutons d'Or sis 41 rue de Vailly à BOURG ET COMIN (02160) 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 11 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 23 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 13 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.

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-HDFCP@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 Mme Murielle BELIN, 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 Résidence Les Boutons d'Or à BOURG-ET-COMIN (02160) initié le 11 mars 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)
E6	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 auxiliaires de vie ; 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 1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle, et s'assurer d'un nombre de personnel qualifié suffisant, de jour comme de nuit y compris au sein de l'UVA, 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.	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)
E9	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire de jour et de nuit, y compris en UVA, en termes de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
R7	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
8	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, 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.	Prescription 2 : Engager le médecin coordonnateur dans une formation afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF	6 mois	

E7	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.	Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément aux dispositions de l'article D. 312156 du CASF.	/	13/09/2024
E5	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 4 : 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, et transmettre le tableau des effectifs révisés au regard de la fonction et du diplôme obtenu.	1 mois	
R5	14 professionnels occupent des postes qui sont en inadéquation avec leur diplôme.			
E10	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 direction de l'établissement.	Prescription 5 : Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10, du CASF puis le transmettre à la mission de contrôle.	/	13/09/2024
E1	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF	Prescription 6 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions des articles D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	/	13/09/2024

E2	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation et en ne précisant pas les modalités de l'élaboration du projet d'établissement, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription 7 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu et les livrets d'accueil) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires et transmis à la mission de contrôle.	6 mois	
E3	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.			
E4	Les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas précisées dans les livrets d'accueil transmis ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
R4	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E11	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	Prescription 8 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	3 mois	
R10	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R11	Les protocoles n'ont pas été élaborés en concertation avec les équipes.	Recommandation 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir les protocoles en concertation avec les équipes ; - Évaluer les protocoles de façon périodique. 	6 mois	
R12	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.			

R6	L'établissement n'a pas transmis le bilan annuel des réclamations et plaintes de 2021 et 2022.	Recommandation 3 : Transmettre le bilan annuel des réclamations et plaintes de 2021 et 2022.	/	13/09/2024
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme pour les AS/AES/AMP élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 4 : Etudier les causes de l'absentéisme pour les AS/AES/AMP et le turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R9	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.			
R1	Les missions de la directrice ne sont pas formalisées dans une fiche de poste.	Recommandation 5 : Rédiger la fiche de poste pour la directrice.	/	13/09/2024
R3	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés de la commission de coordination gériatrique, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière	Recommandation 6 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.		

R2	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des comptes rendus demandés des réunions institutionnelles de type CODIR, ce qui ne permet pas de s'assurer que celle-ci se tient de manière régulière.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus des réunions institutionnelles de type CODIR.	/	13/09/2024
----	---	---	---	------------