

Le directeur général

Lille, le 23 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00132

**LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Tiers Temps sis 9 rue de Bouvines à COMPIEGNE (60200) 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 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 19 septembre 2023.

Par courrier reçu par mes services le 20 octobre 2023, 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.

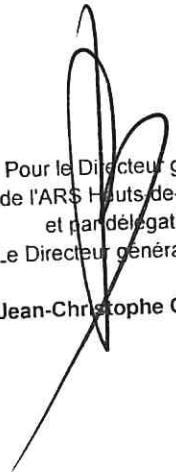
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr), dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi

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

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 Chérazad ZAOUI, 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 Tiers Temps à COMPIEGNE (60200) initié le 24 avril 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, de jour et de nuit, en termes de nombre et 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 1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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.	1 mois	
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'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'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<b>Prescription 2 :</b> Mettre fin aux glissements de tâches.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas active, au jour du contrôle, contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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	En ne précisant pas la date de consultation du CVS et les modalités de son élaboration, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Réviser les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) conformément aux dispositions législatives et réglementaires et transmettre le plan bleu.	3 mois	
E4	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
R1	Le plan bleu n'est pas annexé au projet d'établissement.			
R2	Le règlement de fonctionnement ne précise pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS.			
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.			
E2	L'ensemble des comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale n'est pas signé par la présidente contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Signer l'ensemble des comptes rendus du CVS par la présidente conformément à la réglementation.		
E6	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R3	Au jour du contrôle, l'ensemble des contrats, des diplômes et des extraits de casier judiciaire du personnel soignant n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des contrats, des diplômes et des extraits de casier judiciaire du personnel soignant.	1 mois	
R4	Le contrat de travail d'un membre du personnel n'a pas été révisé au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.	<b>Recommandation 2 :</b> Réviser le contrat de travail du personnel au regard du poste occupé et du dernier diplôme obtenu.		
R9	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 3 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn-over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R10	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.			
R6	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète et ne présente pas clairement la gestion interne des événements indésirables.	<b>Recommandation 4 :</b> Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX et l'appliquer.		
R8	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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 n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	<b>Recommandation 5 :</b> Former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.		
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la fin de vie et au circuit du médicament.	<b>Recommandation 6 :</b> Etablir et transmettre les protocoles relatifs à la fin de vie et au circuit du médicament.		
R12	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	<b>Recommandation 7 :</b> Évaluer les protocoles de façon périodique.	<b>6 mois</b>	
R5	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des réclamations et plaintes.	<b>Recommandation 8 :</b> Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	<b>3 mois</b>	