

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00093
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Jimmy JANSSEN
Directeur
EHPAD Résidence Olivier Varlet
17 rue verte
59630 BOURBOURG

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence Olivier Varlet situé au 17 rue verte à BOURBOURG (59630) initié le 19 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence Olivier Varlet situé au 17 rue verte à BOURBOURG (59630) 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 19 février 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 03 juin 2024.

Par courrier reçu le 27 juin 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. 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 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 Olivier Varlet à BOURBOURG (59630) initié le 19 février 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 effectivée (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E9 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'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés (ASHQ) ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aidesoignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<p>Prescription n°1 : 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 L311-33° du CASF.</p>	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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E12	Au regard des déclarations de l'établissement sur l'insuffisance et l'inconstance des effectifs par catégorie professionnelle, la mission de contrôle constate que la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L. 311-3-3° du CASF 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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E10	En l'absence de psychologue, et d'assistant de soins en gérontologie dans ses effectifs et en présence d'un PASA, l'établissement contrevient aux dispositions du décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription n°2 : Intégrer un(e) psychologue et des assistants de soins en gérontologie dans les effectifs, afin de les positionner au PASA conformément aux dispositions du décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E11	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312155-0 du CASF.	Prescription n°3 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	

E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<p>Prescription n°4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.</p>	6 mois	
E2	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.	<p>Prescription n°5 : 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).</p>	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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E8	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national et de la nature du diplôme obtenu, 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.	<p>Prescription n°6 :</p> <p>Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et 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.</p>	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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E17	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.	<p>Prescription n°7 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	/	27 juin 2024
E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale dans l'élaboration du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	<p>Prescription n°8 : Consulter le CVS dans le cadre de l'élaboration récente du projet d'établissement 2024-2028, conformément aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>	/	27 juin 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 effectivée (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E4	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°9 : Annexer le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (plan bleu) au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	1 mois	
E5	En n'ayant pas consulté le CVS et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°10 : Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de l'élaboration du règlement de fonctionnement, et faire figurer ces modalités dans le contenu du règlement conformément aux dispositions de l'article R311-33 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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E7	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.	<p>Prescription n°11 :</p> <p>Réviser le livret d'accueil, en y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D31139 et L311-4 du CASF, et 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ les actions menées par l'établissement en matière 	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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E6 En n'annexant pas la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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. 		

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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E15	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°12 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme à l'arrêté d'autorisation de l'EHPAD, ainsi qu'à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions des articles D311 et R. 314-149 du CASF et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médicosociaux (cf. pages 29 et 30 du rapport de contrôle).	3 mois	
E16	En proposant de l'hébergement temporaire, l'EHPAD ne respecte pas son arrêté d'autorisation.			
E13	En disposant d'un projet de soins non élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°13 : Réviser, après recrutement d'un médecin coordonnateur, le projet de soins conformément aux dispositions de l'article D312-158 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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E14	En ne disposant pas d'un RAMA, élaboré par un médecin coordonnateur et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevert aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°14 : Rédiger, après recrutement d'un médecin coordonnateur, un RAMA conformément aux dispositions de l'article D312158 10° du CASF.	6 mois	
R10	Une mention dans la procédure « réunion de synthèse, la restitution et la réévaluation du projet de vie du résident », indique que la participation du résident et de sa famille à l'élaboration de son projet d'accompagnement personnalisé n'est pas systématique.	Recommandation n°1 : Garantir que le résident et de sa famille sont systématiquement invités à participer à l'élaboration et à la réactualisation du projet d'accompagnement personnalisé.	1 mois	
R11	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas, au jour du contrôle, d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°2 : 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 effectivée (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R12	En l'absence de transmission orale entre l'équipe en poste de nuit et l'équipe en poste du matin, le passage d'informations, ainsi que la continuité et l'efficience des soins ne sont pas garantis.	Recommandation n°3 : Garantir une continuité et une efficience des soins par la réalisation de transmission entre toutes les équipes, notamment entre l'équipe en poste de nuit et l'équipe en poste du matin.	1 mois	
R13	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les professionnels sont régulièrement sensibilisés aux transmissions ciblées.			
R15	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les professionnels sont régulièrement sensibilisés aux protocoles / procédures internes.	Recommandation n°4 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none"> • les transmissions ciblées ; • les protocoles et les procédures internes ; • la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables. 	6 mois	
R5	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les professionnels sont régulièrement sensibilisés à la déclaration et à la gestion en interne des événements indésirables.			

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 effectivée (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R9	Tous les agents ne bénéficient pas de fiches de fonction par catégorie professionnelle.	Recommandation n°5 : Formaliser des fiches de fonction pour toutes les catégories professionnelles.	6 mois	
R6	La procédure interne de « gestion des événements indésirables » n'aborde pas la déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et n'évoque pas les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).	Recommandation n°6 : Réviser la procédure de « gestion des événements indésirables » en y intégrant les modalités de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ¹ .	3 mois	

¹ La mission de contrôle rappelle que les modalités de signalement sont précisées sur le site de l'ARS, accessible via ce lien: [Je travaille en établissement médico-social | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](#)

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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R4	Le processus de gestion interne des événements indésirable ne permet pas de garantir la traçabilité des événements indésirables survenus et de leurs traitements.	Recommandation n°7 : Revoir le processus de gestion des événements indésirables afin de garantir une traçabilité des événements déclarés et de leurs traitements en interne (utilisation d'une fiche dédiée à la déclaration des événements indésirables).	3 mois	
R7	La méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas suffisamment déployée en interne.	Recommandation n°8 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	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 effectiv e (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R2	La procédure intitulée « la promotion de la bientraitance, lutte contre la maltraitance » est incomplète.	Recommandation n°9 : Réviser la procédure intitulée « la promotion de la bientraitance, lutte contre la maltraitance » en y intégrant notamment les obligations légales en matière de signalement aux autorités judiciaires (Procureur de la république).	/	27 juin 2024
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles internes relatifs aux soins palliatifs, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation n°10 : Formaliser les protocoles relatifs aux soins palliatifs, ainsi qu'aux changes et à la prévention de l'incontinence.	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 effectivée (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R3	Il n'existe pas de bilan annuel des plaintes et des réclamations des résidents et des familles.	Recommandation n°11 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en réalisant annuellement des bilans des plaintes et des réclamations des résidents et des familles.	6 mois	
R8	Aucun livret d'accueil du nouvel arrivant salarié n'est formalisé en interne.	Recommandation n°12 : Rédiger un livret d'accueil à destination des nouveaux arrivants salariés.	3 mois	
R1	Les comptes rendus des réunions institutionnelles, de type CODIR, ne sont pas systématiquement formalisés.	Recommandation n°13 : Formaliser les comptes rendus des réunions institutionnelles de type CODIR.	3 mois	