

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00145
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Monsieur Eric JULLIAN
Directeur
Etablissement Public
Intercommunal de Santé Sud-Ouest Somme (EPISSOS)
17, rue Saint-Martin
80290 POIX-DE-PICARDIE

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Camélia sis 29 rue Roger Salengro à Oisemont (80140) initié le 20 mars 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Camélia sis 29 rue Roger Salengro à Oisemont (80140) 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 20 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 16 août 2024.

Par courrier reçu le 27 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. 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 Les Camélias à OISEMONT (80140) initié le 20 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)
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'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « faisant fonction d'AS » ; 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>Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. 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^o du CASF.</p>	Dès réception du rapport	
E10	L'insuffisance 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 ^o du CASF.	<p>Prescription n°2 : 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.</p>	Dès réception du rapport	
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.			

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)
E1	Au jour du contrôle, la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription n°3 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	3 mois	
E11	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme à l'article D. 312-158, alinéa 10.	Prescription n°4 : Réviser le RAMA conformément à la règlementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur ou la directrice déléguée à la gérontologie.	3 mois	
E9	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la règlementation.		27/09/2024
E6	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, 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 du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°6 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la règlementation.	1 mois	
E13	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°7 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces PAP est réalisée.	3 mois	
R11	Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas accessible à tous et mis en œuvre.			
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont	Prescription n°8 :	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 effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-16 du CASF.	Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - sa composition ; - sa fréquence. 		
E3	En ne précisant pas la date de consultation du CVS ou d'une autre forme de participation, le projet de service contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E5	En ne précisant pas la date de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS ou d'une forme de participation, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription n°9 : Les documents institutionnels (projet de service, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E12	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.			
E4	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet de service comportant un plan bleu détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, contrairement aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.	Prescription n°10 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet de service.	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)
R6	La procédure de déclaration externe des événements indésirables manque de précisions sur les modalités de déclaration au Conseil départemental et les modalités de signalement des EIGS.	Recommandation n°1 : Actualiser la procédure de déclaration externe des événements indésirables.		27/09/2024
R2	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplet.	Recommandation n°2 : Mettre à jour le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.		27/09/2024
R3	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation n°3 : Réaliser une enquête de satisfaction globale de manière régulière.		27/09/2024
R4	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions.	Recommandation n°4 : Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux chutes, à l'hydratation, aux soins palliatifs, au circuit du médicament et à la fin de vie.	Recommandation n°5 : Etablir et transmettre les procédures/protocoles relatifs aux urgences, aux chutes, à l'hydratation, aux soins palliatifs, au circuit du médicament et à la fin de vie.	4 mois	
R16	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°6 : Évaluer les procédures/protocoles de façon périodique.	6 mois	
R12	Il existe une incohérence entre les modalités de la collation nocturne transmises par la direction et les modalités mentionnées dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.	Recommandation n°7 : Mettre à jour le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement au niveau des modalités de la collation nocturne.	1 mois	
R8	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y	Recommandation n°8 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turnover des équipes soignantes, identifier des leviers		27/09/2024

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)
	remédier.	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.			
R10	Le personnel de l'établissement ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°9 : Etablir une fiche de tâches pour le personnel de l'établissement.	3 mois	
R7	L'établissement n'a pas transmis le dernier contrat de travail du médecin coordonnateur.	Recommandation n°10 : Transmettre à la mission de contrôle le dernier contrat de travail du médecin coordonnateur.		27/09/2024
R1	L'établissement ne dispose pas d'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	Recommandation n°11 : Etablir un organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	1 mois	
R5	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°12 : Transmettre les feuilles d'émargement relatives aux formations/sensibilisations sur : - la déclaration des événements indésirables ; - les transmissions ciblées ; - les protocoles internes.		
R13	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les transmissions ciblées n'est pas garantie.		4 mois	
R15	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			