

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024_HDF_00262



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Pascal RIO
Directeur général
Groupe Hospitalier Public Sud Oise
Boulevard Laennec BP 72
60109 CREIL CEDEX

LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD des 3 Forêts sis avenue du Docteur Paul Rougé à SENLIS (60309) initié le 10 juin 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD des 3 Forêts sis avenue du Docteur Paul Rougé à SENLIS (60309) 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 10 juin 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 07 novembre 2024.

Par courrier reçu le 06 décembre 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.

.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Pièce(s) jointe(s) :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD des 3 Forêts à SENLIS (60309) initié le 10 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 effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	La population installée déclarée par la direction n'est pas conforme à la capacité autorisée mentionnée sur l'arrêté d'autorisation du 04 avril 2024.	Prescription 1 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	/	06/12/2024
E11	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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH; ces glissements de tâches contreviennent aux	Prescription 2 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle afin de garantir aux résidents une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-1° du CASF.	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)
	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.			
E15	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, évalué périodiquement contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 3 : 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 et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	3 mois	
E9	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	Prescription 4 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de	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)
	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.	l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier conformément à la réglementation.		
E10	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Prescription 5 : Signaler les événements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médicosociales.	/	06/12/2024
E12	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 6 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP et indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation, conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	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)
E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	4 mois	
E13	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 8 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
E3	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément de l'article D. 31116 du CASF et transmettre les procès-verbaux de 2021 à 2023.	/	06/12/2024
R2	Les comptes rendus du CVS de 2021 à 2023 n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.			

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)
E8	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 10 : Mettre en conformité le livret d'accueil conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et le mettre à jour.	3 mois	
R3	Le livret d'accueil transmis à la mission de contrôle n'a pas été mis à jour depuis 2017.			
E4	L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L. 3118 du CASF.	Prescription 11 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux			

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)
	dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E5	Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription 12 : Rédiger un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions de l'Instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et l'annexer au projet d'établissement.	6 mois	
E6	En n'intégrant pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 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)
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et au décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services médico-sociaux.	Prescription 13 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est 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 médicosociaux.	3 mois	
R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 1 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	3 mois	
R15	Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	Recommandation 2 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades.	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)
R17	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la fin de vie et aux soins palliatifs.	Recommandation 3 : Etablir et transmettre le protocole relatif à la fin de vie et aux soins palliatifs.	3 mois	
R4	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	Recommandation 4 : Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles	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)
R10	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Etudier les causes de l'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	06/12/2024
R5	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant et d'un livret d'accueil contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation 6 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant ainsi qu'un livret d'accueil.	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)
R16	L'établissement n'a pas précisé quelles sont les heures des transmissions orales et si elles sont organisées en pluridisciplinarité lors des changements de poste jour/nuit.	Recommandation 7 : Mettre en œuvre et organiser en pluridisciplinarité les transmissions orales lors des changements de poste au sein de l'établissement et transmettre les heures de celles-ci.	/	06/12/2024
R9	L'IDE Faisant Fonction cadre de santé ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 8 : Engager l'IDE Faisant Fonction cadre de santé dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	/	06/12/2024

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)
R6	L'établissement n'a pas transmis la fiche de paie du mois de mai 2024 du médecin coordonnateur.	Recommandation 9 : Transmettre à la mission de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> - la fiche de paie du mois de mai 2024 du médecin coordonnateur ; - les contrats de travail et les fiches de paie du mois de mai 2024 de la cadre de santé et de l'IDE Faisant Fonction cadre de santé ; - le diplôme de la Cadre de santé. 	1 mois	
R7	L'établissement n'a pas transmis les contrats de travail et les fiches de paie du mois de mai 2024 de la cadre de santé et de l'IDE Faisant Fonction cadre de santé.			
R8	L'établissement n'a pas transmis le diplôme de la Cadre de santé à la mission de contrôle.			
R12	La fiche de poste de l'ASH comporte des missions qui ne lui sont pas normalement octroyées.	Recommandation 10 : Mettre à jour la fiche de poste de l'ASH afin qu'elle comporte des missions qui relèvent de ses compétences et rédiger des fiches de tâches pour toutes les catégories professionnelles de jour et de nuit.	4 mois	
R11	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches.			

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	Les feuilles d'émargement des formations (ou attestations de formation) 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.	Recommandation 11 : Transmettre les feuilles d'émargement des formations externes/sensibilisations internes à la mission de contrôle.	1 mois	
R1	L'établissement ne dispose pas d'organigramme spécifique aux activités médico-sociales.	Recommandation 12 : Etablir un organigramme spécifique aux activités médicosociales.	1 mois	