

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00251



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Villa Epinomis sis 4 rue du Plémont à Compiègne (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 19 avril 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 novembre 2024.

Par courrier reçu le 24 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.

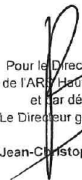
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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.

SAS Villa Epinomis
4, rue du Plémont
60200 COMPIEGNE

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, Madame la présidente, 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 Jennifer MEUNIER, 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 Villa Epinomis à Compiègne (60200) initié le 19 avril 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)
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'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'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches 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 et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de postes révisées à la mission de contrôle.	Dès réception du rapport	
E1	La capacité installée au sein de l'EHPAD n'est pas conforme à la capacité autorisée selon l'arrêté conjoint d'autorisation du 06 avril 2018.	Prescription n°2 : Respecter l'arrêté d'autorisation.	/	24/12/2024
E19	En l'absence de dispositifs d'appel malade en UVA, la sécurité des résidents présentant des troubles cognitifs n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription n°3 : Mettre en place un dispositif d'appel malade adapté aux résidents de l'UVA afin d'assurer leur sécurité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	3 mois	
E14	La liberté d'aller et venir des résidents n'est pas garantie au titre de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre fin à la fermeture des portes à clefs, même sur prescription médicale, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	Immédiat	

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	La directrice de l'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, des qualifications nécessaires pour assurer ses missions contrairement à l'article D. 312-176-6 à 9 du CASF.	Prescription n°5 : Engager la directrice dans une formation afin d'obtenir une certification de niveau I comme le précise l'article D. 312-176-6 du CASF.	6 mois	
E3	La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation, ce qui est contraire à l'article D. 312-176-5 du CASF.	Prescription n°6 : Etablir un document unique de délégation pour la directrice, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	/	24/12/2024
E12	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°7 : 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.	Immédiat	
E13	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°8 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	/	24/12/2024
E15	Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme aux articles D. 312-158, alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.	Prescription n°9 : Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire signer par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement.	3 mois	
E10	En l'absence de vérification à l'embauche, 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°10 : Vérifier de manière exhaustive et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	
E18	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un	Prescription n°11 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un	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)
	projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué a minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	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.		
E4	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°12 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - La composition ; - Le type de voix pour la directrice ; - la signature des comptes rendus par la présidente du CVS ; 	/	24/12/2024
E5	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour contrairement aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.			
E8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription n°13 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E9	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311-39 du CASF, ainsi que l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
R19	Les informations contenues dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil ne sont pas à jour.			
E16	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF et n'est pas spécifique à l'établissement.			

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)
E17	En proposant de l'accueil temporaire, l'établissement ne respecte pas son arrêté d'autorisation du 06 avril 2018.			
E7	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 n°14 : Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer au projet d'établissement.	6 mois	
R14	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation n°1 : S'assurer que l'IDEC dispose d'une formation dédiée à l'encadrement.	/	24/12/2024
R7	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète.	Recommandation n°2 : Actualiser les procédures relatives aux événements indésirables.	3 mois	
R9	La procédure de signalement des événements indésirables manque de précisions, notamment sur la nature des EIG et les modalités de déclaration externe.			
R11	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			
R10	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	Recommandation n°3 : Réaliser régulièrement des RETEX en équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R8	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation n°4 : Former de manière régulière les professionnels : - à la déclaration des événements indésirables ; - aux transmissions ciblées.	1 mois	
R23	Au jour du contrôle, le personnel n'est pas formé aux transmissions ciblées.			
R6	Le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance est incomplet.	Recommandation n°5 : Mettre à jour le protocole de prévention et de lutte	2 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)
		contre la maltraitance.		
R2	La mission de contrôle a constaté une incohérence sur la fonction de présidente de la SAS.	Recommandation n°6 : Transmettre à la mission de contrôle une note d'information sur la fonction de présidente de la SAS.	/	24/12/2024
R3	Les modalités d'intérim en l'absence de la directrice ne sont pas formalisées.	Recommandation n°7 : Formaliser les modalités d'intérim en l'absence de la directrice.	/	24/12/2024
R4	Les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire ne sont pas formalisées.	Recommandation n°8 : Formaliser les rencontres entre la directrice de l'établissement et le gestionnaire.	2 mois	
R5	Le CODIR n'est pas formalisé.	Recommandation n°9 : Formaliser le CODIR (composition, fréquence et compte rendu).	2 mois	
R18	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°10 : Mettre à jour la procédure d'admission.	3 mois	
R24	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur et aux soins palliatifs.	Recommandation n°11 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la douleur et aux soins palliatifs.	/	24/12/2024
R21	La procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé manque de précisions sur les modalités de mise en œuvre, le suivi et l'actualisation.	Recommandation n°12 : Réviser la procédure relative à l'élaboration du projet personnalisé.	/	24/12/2024
R20	L'établissement ne dispose pas d'un document relatif à la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	Recommandation n°13 : Formaliser un document relatif à la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.	2 mois	
R15	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation n°14 : Étudier les causes de l'absentéisme et de turn-over des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	/	24/12/2024

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)
R16	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.			
R17	Les IDE, les AVS/ADVF/auxiliaires de gériatrie et le personnel de l'accueil de jour ne dispose pas de fiche de tâches.	Recommandation n°15 : Etablir une fiche de tâches pour les IDE, les AVS/ADVF/auxiliaires de gériatrie et le personnel de l'accueil de jour.	3 mois	
R1	En l'absence de liens fonctionnels clairement définis, l'organigramme, non daté, ne permet pas de rendre compte du fonctionnement interne de l'établissement.	Recommandation n°16 : Mettre à jour l'organigramme.	/	24/12/2024
R25	L'établissement ne prévoit pas assez de partenariat permettant de s'ouvrir sur son environnement.	Recommandation n°17 : Engager des partenariats afin d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur.	6 mois	
R12	Les qualifications et diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°18 : Transmettre à la mission de contrôle les qualifications et diplômes du médecin coordonnateur.	/	24/12/2024
R13	La fiche de poste du médecin coordonnateur n'a pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°19 : Transmettre à la mission de contrôle la fiche de poste du médecin coordonnateur.	/	24/12/2024
R22	L'établissement n'a pas transmis le résultat des études sur les délais de réponse des appels malades.	Recommandation n°20 : Transmettre à la mission de contrôle le résultat des études sur les délais de réponse des appels malades.	1 mois	