

Le directeur général

Lille, le

15 DEC. 2025

Réf : 2025-DSSE-SDIC-RF

Mission n°2024-HDF-00657



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle 2024, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) résidence de la Forêt sis 2 route de Senlis à Vineuil Saint Firmin (60500) a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF), et de l'article L.1421-1 du code de la santé publique (CSP). Cette inspection a été réalisée le 19 décembre 2024.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés par courrier en date du 17 juillet 2025.

Par courrier reçu par mes services le 18 août 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard de ce courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouvez 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 envisagées listées dans le tableau joint en annexe.

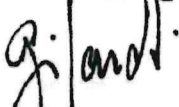
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de l'Oise de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Monsieur Pascal GUERIN
Président DOMIDEP
18, rue du Creuzat
38080 L'ISLE D'ABEAU

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 Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général



Hugo GILARDI

Copie à Madame Myriam LABEAU, directrice de l'EHPAD Résidence de la Forêt à Vineuil Saint Firmin

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 19 décembre 2024 de l'EHPAD résidence de la Forêt à Vineuil-Saint-Firmin (60500).

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
	Ecart	Prescription		
E1	les fiches d'agents de service faisant fonction de soignant et les entretiens attestent qu'ils réalisent seuls des toilettes simples : 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 ASHQ. Ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	P1 : mettre fin aux glissements de tâche.	Dont acte, prescription levée.	

E2	En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement ne sécurise pas le processus d'admission (bilan gériatrique à l'admission et évaluation des besoins en soins de chaque résident matériels et humains). Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-158 du CASF portant sur les missions du médecin coordonnateur en EHPAD.	P2 : respecter les dispositions de l'article D.312-158 du CASF.	Dont acte, prescription levée. Cependant, il serait nécessaire de bien veiller au temps de coordination des médecins.	
E3	L'établissement ne réalise pas de rapport annuel d'activité médical à partir notamment des données issues de Netsoin, afin de travailler sur la prévention des risques propres à la population accueillie (escarres, dénutrition, hospitalisations non programmées ...). Cette situation est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du code l'action sociale et des familles.	P3 : établir un rapport annuel médical d'activité.	Dont acte, prescription levée.	
E4	La non-présence d'un médecin coordonnateur contrevient à l'article D.312-158 du CASF.	P4 : procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur	Dont acte, prescription levée cependant il faut s'assurer d'un temps réel de coordination.	
E5	L'établissement ne dispose pas d'un référent activité physique adaptée, ce qui est contraire aux dispositions du décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médico-social.	P5 : appliquer les dispositions du décret n°2023-621 du 17 juillet 2023.	Dont acte, prescription levée. Veiller à transmettre la fiche de mission de cette nouvelle animatrice.	

Ecart (E) et remarque (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
--	---	---	---------------------------------

	Remarques	Recommandations		
R1	La continuité de la fonction de la direction n'est pas formalisée.	R1 : rédiger dans les fiches de poste et dans les fiches de tâches la suppléance de direction.	Dont acte, fiche de poste du 19/9/2024 détaillée, recommandation levée.	
R2	Le protocole de déclaration des EI n'inclut pas le traitement de ceux-ci : analyse, CREX éventuel, retour au déclarant, lien avec le processus qualité.	R2 : mettre à jour le protocole de déclaration des EI.	Dont acte, document du 12/12/2024, recommandation levée.	
R3	Il manque une analyse quantitative et qualitative des événements indésirables liés aux soins.	R3 : réaliser des analyses quantitatives et qualitatives des EI.	Dont acte, recommandation levée.	
R4	Le management de proximité n'a pas mis en place des bilans périodiques avec des analyses afin de suivre notamment les EI/EIGS les plus récurrents.	R4 : réaliser des bilans des EI/EIGS.	Dont acte, recommandation levée.	
R5	Le management de proximité n'a pas élaboré une cartographie des risques avec les caractéristiques spécifiques et les besoins de la population accueillie.	R5 : réaliser une cartographie des risques.	Dont acte, recommandation levée.	

R6	Les protocoles de soins remis à la mission posent des questions de forme, notamment : date commune d'élaboration, absence de signature, validation par un médecin coordonnateur qui n'était plus présent.	R6 : réactualiser les protocoles de soins.	Dont acte, recommandation levée, s'assurer de la mise à jour de l'ensemble des protocoles.	
R7	Les audits qualité portant sur la qualité des soins ne sont pas réalisés.	R7 : réaliser les audits qualité sur la qualité des soins.	Dont acte, recommandation levée.	
R8	Les fiches de poste sont hétérogènes, en partie anciennes et ne comportent pas la place des agents dans l'organigramme hiérarchique et fonctionnel.	R8 : réactualiser les fiches de poste et l'organigramme hiérarchique et fonctionnel.	Dont acte, recommandation levée, veiller à la mise à jour régulière de l'ensemble des fiches de poste.	
R9	L'établissement n'a pas mis en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles ni sur les conditions de travail. De plus, il n'a été mis en place au moment de l'inspection de soutien aux salariés, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS-ANESM (mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008).	R9 : mettre en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et les conditions de travail.	6 mois	
R10	L'accès aux espaces de cuisine n'est pas sécurisé.	R10 : vérifier la sécurisation des accès à la cuisine.	Dont acte, recommandation levée.	

R11	L'élaboration des projets individuels des résidents dénote une absence de conception et formation des intervenants, l'absence de trace d'un échange pluridisciplinaire, un manque de recueil de la situation antérieure à l'admission.	R11 : élaborer des projets individuels en adéquation avec le parcours du résident et les échanges pluridisciplinaires des intervenants	6 mois	
R12	Le processus d'entrée et sortie de l'UVP et son articulation avec le PAP et le processus d'admission, le protocole décisionnel, la concertation avec le résident et la famille manquent de précision.	R12 : apporter plus de précisions pour les dossiers des résidents de l'UVP (PAP, admission etc.) et articuler leur entrée et sortie de l'unité avec leur PAP.	Dont acte, recommandation levée.	
R13	Le protocole déshydratation n'est pas assez précis sur les conditions de mise en place d'une perfusion (qui décide, qui prescrit) et sur la traçabilité des apports hydriques.	R13 : réactualiser le protocole déshydratation.	3 mois	
R14	La prise en charge de la douleur n'est pas formalisée.	R14 : formaliser la prise en charge de la douleur.	Dont acte, recommandation levée.	
R15	Les rôles du médecin coordonnateur, des médecins traitants, du psychologue et de l'IDEC ne sont pas précisés dans le protocole sur l'utilisation du casque à réalité virtuelle.	R15 : modifier le protocole sur l'utilisation du casque à réalité virtuelle.	3 mois	

R16	Le protocole de fin de vie est peu précis sur les collaborations extérieures, notamment l'équipe mobile de soins palliatifs.	R16 : actualiser le protocole de fin de vie sur les collaborations extérieures et EMSP.	6 mois	
R17	Il manque une analyse spécifique avec définition de stratégie institutionnelle de prévention spécifique des chutes.	R17 : mettre en place une analyse avec stratégie institutionnelle de prévention spécifique des chutes.	Dont acte, recommandation levée.	
R18	Le protocole sur les contentions manque de précisions sur le suivi paramédical : qui surveille, à quelle fréquence ?	R18 : compléter le protocole sur les contentions.	6 mois	
R19	Le protocole d'urgences n'aborde pas les manœuvres de secourisme, de réanimation, les fausses routes.	R19 : compléter le protocole d'urgences.	3 mois	
R20	Il n'est pas formalisé les modalités de réception des médicaments par les infirmiers dont la forme des produits.	R20 : formaliser les modalités de réception des médicaments par les infirmiers.	Dont acte, recommandation levée.	
R21	Les médicaments multidoses ne comportent pas de date d'ouverture et de fin d'utilisation.	R21 : inscrire la date d'ouverture et de fin d'utilisation sur les médicaments multidoses.	Dont acte, recommandation levée.	

R22	Les réfrigérateurs contenant les médicaments thermosensibles ne comportent pas la procédure sur la conduite à tenir en cas de dépassement de l'intervalle de température optimal (2-8°).	R22 : mettre à disposition à proximité des réfrigérateurs la procédure sur la conduite à tenir en cas de dépassement de l'intervalle de température optimal.	Dont acte, recommandation levée.	
-----	--	--	----------------------------------	--