

Le directeur général

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00438

Lille, le

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Ma Maison sis 15 rue Just Haüy à AMIENS CEDEX 1 (80041), 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 18 octobre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 10 janvier 2024.

Par courrier reçu par mes services le 6 février 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.

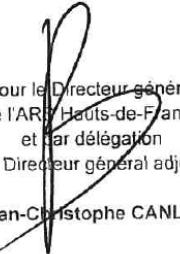
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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 dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres
3 La Tour Saint Joseph
35190 SAINT-PERN

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, 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 Isabelle Agnès Couteau, directrice de l'établissement

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 Ma Maison à AMIENS (80041) initié le 18 octobre 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E10	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 agents de soins ; 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et 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.	1 mois	
E11	L'inconstance 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.			
R5	Au regard du nombre de CDD et d'intérimaires au cours des 3 derniers mois, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.			
E16	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.	Prescription 2 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		06/02/2024
E8	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 3 : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur et s'assurer que son temps de travail est dédié à la réalisation de	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E9	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF		
E15	Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas élaboré dans un délai de 6 mois suivant l'admission du résident contrairement aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF.	Prescription 4 : Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF, s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée et formaliser les modalités d'élaboration de ceux-ci		
R9	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets personnalisés.		3 mois	
E7	En l'absence de vérification à l'embauche 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 des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 5 : 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.	3 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique de manière régulière, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 6 : Réunir régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF et transmettre les comptes rendus de 2019 et 2021 à la mission de contrôle.		06/02/2024
R2	Les comptes rendu de la commission de coordination gériatrique de 2019 et 2021 n'ont pas été remis à la mission de contrôle.			
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation et être intégré dans le projet d'établissement en application des articles D.312-158 du CASF.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E13	Le RAMA n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur ce qui contrevient à l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription 8 : Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF		06/02/2024
E14	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF	Prescription 9 : Actualiser le contrat de séjour et s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	
E2	Le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	Prescription 10 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.		06/02/2024
E6	Le livret d'accueil n'est pas 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.	Prescription 11 : 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 au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance et établir un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.		
R3	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.			06/02/2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
E3	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. 311-8 du CASF.			
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 à l'article D. 312-160	Prescription 12 : Les documents institutionnels (le projet d'établissement, le plan bleu, et le règlement de fonctionnement) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.		
E5	En l'absence de certaines mentions réglementaires, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R.311-35 et 37 du CASF.		6 mois	
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 1 : Rédiger un plan d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et étudier les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R10	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.			
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux urgences, aux troubles du comportement, à l'hydratation et aux changes et à la prévention de l'incontinence.	Recommandation 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à l'hydratation/nutrition, aux soins palliatifs, à la fin de vie et au circuit du médicament ; - Former le personnel et transmettre les feuilles d'émarginage des formations et sensibilisations sur les protocoles internes et les transmissions ciblées; - Évaluer les protocoles de façon périodique. 	3 mois	
R12	L'établissement ne prévoit pas régulièrement de sensibilisations internes sur les transmissions ciblées			
R13	Les protocoles ne sont pas tous évalués de façon périodique.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		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)
R8	Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de tâches notamment les IDE et les AS de jour.	Recommandation 3 : Rédiger les fiches de tâches pour les IDE et les AS de jour.		06/02/2024
R6	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 4 : Etudier les causes de l'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R7	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevées sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 5 : Mettre à jour l'organigramme.		06/02/2024
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme nominatif.	Recommandation 5 : Mettre à jour l'organigramme.		06/02/2024