

Lille, le - 8 JAN. 2024

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023_HDF_00338



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Fabienne HEULIN-
ROBERT
Directrice
Etablissement public médico-social
d'Amiens
8, rue Lescouvé
80000 AMIENS

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Paul Claudel à Amiens (80000)
initié le 18 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Paul Claudel
sis 5, rue de l'Ours et de la Lune à Amiens (80000) 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 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés
le 4 décembre 2023. Par courriel reçu le 21 décembre 2023, 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.



Hugo GILARDI

Pièce jointe :

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

Mesures correctives

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Paul Claudel à AMIENS (80000) initié le 18/07/2023

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E9 E10 E15	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 ASH ; 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.	P1 : Mettre fin aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, notamment la nuit, 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, 3° du CASF.	1 mois	
	L'inconstance et l'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, de jour comme 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, 3° du CASF.			

	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés,		
--	---	--	--

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle	Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
--	--	------------------------	---------------------------------

	contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
--	---	--	--	--

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E14	Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	P2 : Etablir un projet personnalisé pour chaque résident dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	6 mois	

E6	La mission de contrôle constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés contrairement aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	P3 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	1 mois	
----	--	---	---------------	--

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P4 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	2 mois	

E2	Les modalités de fonctionnement du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5, D.311-15 et D.311-20 du CASF.	P5 : Assurer un fonctionnement conforme du CVS en intégrant dans sa composition un représentant du personnel de l'établissement, en mettant à jour son règlement intérieur et en faisant systématiquement signer les comptes rendus par le président.	4 mois	
----	--	--	---------------	--

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
E13	En n'intégrant pas la liste des prestations relatives à l'hébergement relevant du socle de prestations délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le contrat de séjour est contraire aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	P6 : Mettre en conformité le contrat de séjour en y incluant la liste des prestations relatives à l'hébergement relevant du socle de prestations délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	2 mois	

E3 E11	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	P7 : Rédiger un projet d'établissement conforme incluant un projet de soins conformément aux articles L. 311-8 et D. 312-158 du CASF.	5 mois	
	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.			
E5	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 et de l'article D.311-39 du CASF.	P8 : Mettre à jour le livret d'accueil en y précisant les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les coordonnées des autorités administratives (ARS et Conseil Départemental) et en donnant une information sur la personne de confiance conformément à l'article D.311 -39 du CASF.	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle	Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
---	--	------------------------	---------------------------------

E4	En n'ayant pas été consulté par le CVS ni le CSE et en ne rappelant pas que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions des articles R.311-37 R.311-33 du CASF.	P9 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement en précisant que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires et le soumettre à consultation du CVS ainsi que des instances représentatives du personnel, conformément à la réglementation	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312158, 3° du CASF.	P10 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	4 mois	
E12	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	P11 : Faire signer le prochain RAMA par le médecin coordonnateur et le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle	Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
--	--	------------------------	---------------------------------

E8	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas toutes les missions de l'article D.312-158 du CASF.	P12 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur en intégrant l'ensemble des missions mentionnées à l'article D.312-158 du CASF et s'assurer de son effectivité.	2 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à l'hydratation, aux changes et la prévention de l'incontinence, aux contentions, aux soins palliatifs et à la fin de vie, aux circuit du médicament, au plaies et à la cicatrisation.	R1 : Elaborer des protocoles relatifs à l'hydratation, aux changes et la prévention de l'incontinence, aux contentions, aux soins palliatifs et à la fin de vie, aux circuit du médicament, au plaies et à la cicatrisation, en lien avec les équipes.	6 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R3	En l'absence d'appropriation des protocoles et en l'absence de valorisation au sein des documents institutionnels, la mise en œuvre d'une politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.	R2 : Mettre davantage en œuvre une politique de bientraitance au sein de l'établissement, notamment en sensibilisant le personnel régulièrement sur les protocoles, à la déclaration, en formant les professionnels à la bientraitance, en vérifiant leurs qualifications à l'embauche et en valorisant cette politique dans les documents institutionnels.	5 mois	

R4	En raison de l'absence de bilan annuel des réclamations, d'enquêtes de satisfaction annuelles et d'analyse des pratiques professionnelles, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	R3 : Améliorer la démarche continue de la qualité notamment en réalisant des bilans annuels des réclamations, des enquêtes de satisfaction, des analyses de pratiques professionnelles et en intégrant les résultats dans un plan global d'actions.	5 mois	
----	--	--	---------------	--

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle	Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
--	--	------------------------	---------------------------------

R9	En l'absence d'intitulés des formations sur les plans de formations 2021 et 2022, et en l'absence de transmission des feuilles d'émargement, la formation du personnel notamment à la bientraitance et aux spécificités du public accueilli n'est pas garantie.	R4 : Transmettre les plans de formation du personnel pour l'année 2021 et 2022 mentionnant l'intitulé des formations suivies ainsi que les feuilles d'émargement correspondantes.	/	21/12/2023
R5 R13	<p>En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la formation du personnel à la déclaration d'évènement indésirable n'est pas garantie.</p> <p>En l'absence de transmission d'une feuille d'émargement, la sensibilisation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.</p>	R5 : Assurer une traçabilité des sensibilisations internes et transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émargement aux sensibilisations sur les transmissions ciblées et à la déclaration d'évènements indésirables.	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R6 R7	En l'absence de précisions sur les événements à signaler, la procédure de déclaration d'un événement indésirable grave n'est pas complète.	R6 : Mettre à jour la procédure de gestion et de déclaration des événements indésirables en mentionnant les événements à déclarer et en prévoyant la réalisation de RETEX, et s'assurer de sa bonne application.	2 mois	
	Les procédures ne font pas mention de la réalisation de RETEX suite à des événements indésirables graves.			
R10	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète.	R7 : Compléter la procédure d'admission en précisant notamment les critères d'admission et de non admission, les documents remis au résidents et les informations transmises et recueillies lors de la visite de préadmission et au jour de l'entrée.	3 mois	

R12	En l'absence de transmission des délais de réponse au dispositifs d'appels malades, la mission de ne peut garantir que ceux-ci sont corrects.	R8 : Transmettre à la mission de contrôle les résultats des études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appels malades.	1 mois	
-----	---	---	---------------	--

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective
R11	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas formalisées.	R9 : Formaliser dans une procédure les modalités d'élaboration du projet personnalisé du résident.	3 mois	

R15	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique.	R10 : Réévaluer de façon périodique les protocoles. A cet effet, transmettre à la mission de contrôle le tableau des protocoles avec les dates de révision.	6 mois	
R2 R8	La directrice de l'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste.	R11 : Rédiger des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel, y compris la directrice et l'IDEC et transmettre la fiche de poste AS de jour à la mission de contrôle.	3 mois	
	Le personnel ne dispose pas de fiches de tâches et la fiche de poste AS de jour n'a pas été transmise.			
Ecart (E) et remarques (R) figurant dans le rapport de contrôle		Prescriptions (P) Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective

R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme permettant d'appréhender son organisation interne.	R12 : Mettre en place un organigramme interne spécifique à l'établissement et le porter à connaissance des résidents et du personnel.	/	21/12/2023
----	---	--	---	-------------------