

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00337



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Fabienne HEULIN-ROBERT  
Directrice  
Etablissement Public Médico-social  
d'Amiens  
8 rue Lescouvé  
8000 AMIENS

### **LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Quatre Chênes, 8 rue Lescouvé à AMIENS (80000) initié le 18 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Quatre Chênes, 8 rue Lescouvé 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 8 novembre 2023.

Par courrier reçu le 7 décembre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

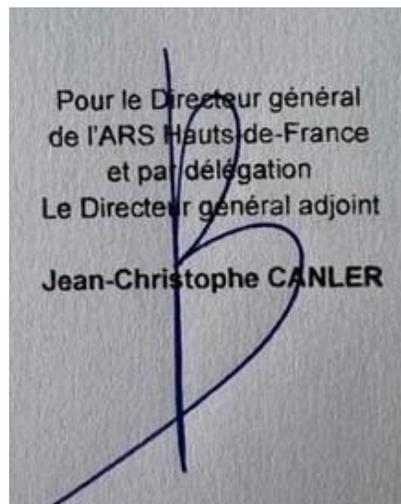
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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-](mailto:ARS-HDF-)

[CP@ars.sante.fr](mailto: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 jointe :

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

### Mesures correctives à mettre en œuvre

#### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Quatre Chênes à AMIENS (80000) initié le 18 juillet 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
E8	<p>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 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.</p>	<p><b>P1</b> : Mettre fin aux glissements de tâches et prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris en UVA de jour et de 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.</p>	<b>1 mois</b>	

	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
E9	L'inconstance et l'insuffisance des effectifs présents par poste horaire 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.			
E16	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, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			

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
E10	L'insuffisance effectifs présents au sein de l'UVA 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.			
E11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.			
E15	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.	<b>P2:</b> 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.	<b>6 mois</b>	

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
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.	<b>P3</b> : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	<b>1 mois</b>	
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.	<b>P4</b> : 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, conformément à la réglementation.	<b>4 mois</b>	
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

E14	En n'intégrant pas la liste des prestations relatives à l'hébergement relevant du socle de prestations délivrées par les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le contrat de séjour est contraire aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	<b>P5</b> : 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, conformément aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	<b>2 mois</b>	
E3	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.	<b>P6</b> : Rédiger un projet d'établissement conforme incluant un projet de soins conformément aux articles L. 3118 et D. 312-158 du CASF.	<b>5 mois</b>	
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.			
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b>

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 ni de l'article D.311-39 du CASF.	<b>P7</b> : 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	<b>3 mois</b>	
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.	<b>P8</b> : 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 aux dispositions des articles R.311-37 R.311-33 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	<b>P9</b> : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	<b>4 mois</b>	
E13	Contrairement aux dispositions de l'article D.312-158 alinéa 10 du	<b>P10</b> : Faire signer le prochain RAMA par le médecin signé conjointement par le médecin		
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b>

	CASF, le RAMA n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	coordonnateur et le directeur conformément l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	
E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas toutes les missions de l'article D.312158 du CASF.	<b>P11</b> : 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.	<b>2 mois</b>	
R15	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, au circuit du médicament, aux plaies et à la cicatrisation.	<b>R1</b> : 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, au circuit du médicament, aux plaies et à la cicatrisation.	<b>6 mois</b>	
R3	En l'absence d'appropriation des protocoles et en l'absence	<b>R2</b> : Mettre davantage en œuvre une politique de bientraitance au sein de l'établissement,	<b>5 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b>
	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.	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.		

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.	<b>R3</b> : 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.	<b>5 mois</b>	
R10	En l'absence d'intitulé de précision sur les intitulés des formations des plans de formations 2021 et 2022, et en l'absence de transmission des feuilles d'émergence, la formation du personnel notamment à la bientraitance et aux spécificités du public accueilli n'est pas garantie.	<b>R4</b> : Transmettre les plans de formation du personnel pour l'année 2021 et 2022 mentionnant l'intitulé des formations suivies ainsi que les feuilles d'émergence correspondantes.	<b>/</b>	<b>07/12/2023</b>
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b>
R5	En l'absence de transmission de feuille d'émergence, la formation du personnel à la déclaration d'évènement indésirable n'est pas garantie.	<b>R5</b> : Assurer une traçabilité des sensibilisations internes et transmettre à la mission de contrôle les feuilles d'émergence aux sensibilisations sur les transmissions ciblées et à la déclaration d'évènements indésirables.	<b>2 mois</b>	

R14	En l'absence de transmission d'une feuille d'émargement, la sensibilisation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.			
R6	En l'absence de précisions sur les évènements à signaler, la procédure de déclaration d'un évènement indésirable grave n'est pas complète.	<b>R6</b> : Mettre à jour la procédure de gestion et de déclaration des évènements indésirables en mentionnant les évènements à déclarer et en prévoyant la réalisation de RETEX et s'assurer de sa bonne application.	<b>2 mois</b>	
R7	Les procédures ne font pas mention de la réalisation de RETEX suite à des évènements indésirables graves.			
R11	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète.	<b>R7</b> : Compléter la procédure d'admission en précisant notamment les critères d'admission et de non-admission, les documents remis aux résidents et les informations transmises et	<b>3 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b>
		recueillies lors de la visite de préadmission et au jour de l'entrée.		

R13	En l'absence de transmission des délais de réponse aux dispositifs d'appels malades, la mission de ne peut garantir que ceux-ci sont corrects.	<b>R8</b> : Transmettre à la mission de contrôle les résultats des études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appels malades.	<b>1 mois</b>	
R12	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas formalisées.	<b>R9</b> : Formaliser dans une procédure les modalités d'élaboration du projet personnalisé du résident.	<b>3 mois</b>	
R16	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique.	<b>R10</b> : Réévaluer de façon périodique les protocoles. A cet effet, transmettre à la mission de contrôle le tableau des protocoles avec les dates de révision.	<b>6 mois</b>	
R2	La directrice de l'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste.	<b>R11</b> : Rédiger des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel, y compris de la directrice, et de l'infirmière coordinatrice, et	<b>3 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b>		<b>Prescriptions (P) / Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective</b>
R8	L'infirmière coordonnatrice ne dispose pas d'une fiche de poste.	Transmettre la fiche de poste AS de jour.		

R9	Le personnel ne dispose pas de fiches de tâches et la fiche de poste AS de jour n'a pas été transmise.			
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme permettant d'appréhender son organisation interne.	<b>R12</b> : Mettre en place un organigramme interne spécifique à l'établissement et le porter à connaissance des résidents et du personnel.	/	<b>07/12/2023</b>