

Lille, le 30 AOUT 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00115



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame la directrice par intérim
Maison de retraite départementale
de l'Aisne
Route de la Fère
02200 LAON

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Maison de retraite départementale de l'Aisne situé Route de la Fère à Laon (02000) initié le 12 avril 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Maison de retraite départementale de l'Aisne situé Route de la Fère à Laon (02000) 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 12 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 11 juillet 2023.

Par courriel reçu le 22 août 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.

Le Directeur de la Sécurité Sanitaire
et de la Santé Environnementale



Eric POLLET

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Maison de Retraite Départementale de l'Aisne à LAON (02000) initié le 12 avril 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)
E8	L'inconstance 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 L311-3-1° du CASF.	Prescription n°1 : 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 L311-3-1° du CASF.	6 mois	
E5	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.			
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF et le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP pour la MRDA uniquement et s'assurer que ce temps de travail est dédié à la réalisation des missions de coordination conformément aux articles D312-156 et D312-158 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)
E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E12	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°5 : Rédiger et mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 mois	
R18	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé au jour du contrôle.			
E11	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°6 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	3 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)
E4	Le livret d'accueil n'est pas entièrement 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 n°7 : Préciser dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • 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) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	6 mois	
E2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°8 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	12 mois	
E9	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
E3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°9 : Consulter le CVS et les instances représentatives du personnel sur le contenu du règlement de fonctionnement, et ajouter la mention dans ce dernier, conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	3 mois	
E10	Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	Prescription n°10 : Rédiger le RAMA 2022 conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 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)
R11	Tous les membres de l'équipe d'encadrement des soins ne disposent pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°1 : Engager le personnel d'encadrement non formé dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R2	Il n'existe pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement.	Recommandation n°2 : Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	6 mois	
R15	La proportion d'agents ayant participé à une formation sur la bientraitance est faible.	Recommandation n°3 : Réaliser, pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance.	12 mois	
R3	Les diplômes, les contrats et les extraits de casiers judiciaires n'ont pas été remis de manière exhaustive à la mission de contrôle.	Recommandation n°4 : Transmettre de manière exhaustive à la mission de contrôle, l'ensemble des diplômes, des contrats de travail, et des extraits de casiers judiciaires.	3 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)
R4	Les contrats de travail de plusieurs professionnels, sont en inadéquation avec les diplômes détenus et/ou les postes occupés.	Recommandation n°5 : Mettre en concordance, pour tous les professionnels, les contrats de travail avec les diplômes détenus et/ou les postes occupés.	6 mois	
R5	La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas correctement déployée au sein de l'établissement et aucun recueil de la satisfaction des résidents n'a été fait depuis 2015.	Recommandation n°6 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en mettant en œuvre un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité, et en réalisant périodiquement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, de leurs familles et des professionnels.	12 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas d'une procédure formalisée de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation n°7 : Formaliser une procédure de gestion interne des événements indésirables.	3 mois	
R8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°8 : Formaliser une procédure de déclaration / signalement externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	3 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)
R7	L'établissement n'organise pas régulièrement de sensibilisations internes du personnel sur la déclaration des événements indésirables.	Recommandation n°9 : Sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	6 mois	
R9	L'établissement ne formalise pas systématiquement des comptes rendus dans le cadre de la réalisation de ses CREX, et les comptes rendus existants n'apportent pas de détails sur la méthodologie utilisée dans le cadre de l'analyse des événements indésirables.	Recommandation n°10 : Valoriser dans les comptes rendus de CREX, la méthodologie utilisées pour analyser les événements indésirables survenus : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	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)
R17	Il n'existe pas de procédure d'admission d'un nouveau résident formalisée, conforme à la réglementation et décrivant les rôles de chacun (MEDCO, IDEC, direction, soignant, etc.) dans le processus.	Recommandation n°11 : Formaliser une procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 29 du rapport de contrôle).	3 mois	
R19	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°12 : Réaliser systématiquement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	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)
R20	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux chutes, aux troubles du comportement, à l'hydratation / nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence, à la prise en charge de la douleur, et aux soins palliatifs.	Recommandation n°13 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • la contention ; • le risque de chute ; • les troubles du comportement ; • l'hydratation / nutrition ; • la prévention de l'incontinence ; • la prise en charge de la douleur ; • les soins palliatifs. 	/	
R10	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation n°14 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	6 mois	
R14	Certaines des fiches de poste et des fiches de tâches sont obsolètes, et tous les professionnels ne bénéficient pas d'une fiche de poste, dont notamment les professionnels soignants et d'hôtellerie (AS, IDE, ASH, etc.).	Recommandation n°15 : Actualiser les fiches de poste et les fiches de tâches obsolètes, et formaliser des fiches de poste pour les professionnels soignants et d'hôtellerie (AS, IDE, ASH, etc.).	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)
R12	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°16 : Étudier les causes du taux d'absentéisme et du taux de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R13	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.			
R1	L'organigramme ne mentionne pas toutes les catégories de professionnel exerçant au sein de l'établissement.	Recommandation n°17 : Réviser l'organigramme en y intégrant toutes les catégories de personnel, et en valorisant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	3 mois	
R21	Les protocoles / procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation n°18 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	3 mois	
R16	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°19 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	