



Le directeur général

Lille, le 03 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00025
[REDACTED]

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Samarobriva sis 30, rue Saint Germain 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 27/02/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 04/05/2023.

Par courrier reçu par mes services le 02/06/2023, 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.

Madame Sophie BOISSARD
Directrice Générale
Groupe KORIAN
21 rue Balzac
75008 PARIS

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.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice générale, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par déléation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

Copie à Monsieur Romain RABOURDIN, directeur 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 Samarobriva à AMIENS (80000) initié le 27/02/2023

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)
E7	L'inconstance des effectifs en nombre et en qualification présents la journée et la nuit par poste horaire ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.			
E8	La surveillance des résidents de l'UVP la nuit n'est pas suffisamment organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris en UVA, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 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 ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-156 du CASF.	1 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	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 3 : Transmettre les casiers judiciaires des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.	1 mois	
E1	En ne précisant pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre, le projet d'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 4 : Mettre à jour les outils de loi 2002-2 conformément aux réglementations associées :		
E2	En l'absence de consultation du CVS et des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser le projet d'établissement ; - Réviser le règlement de fonctionnement ; - Réviser le livret d'accueil. 	3 mois	
E3	En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
R2	L'infirmier coordinateur ne dispose pas de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1: Former l'IDEC aux missions d'encadrement.	3 mois	
R1	Les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire n'ont pas été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation 2: Transmettre les 3 derniers comptes rendus des réunions avec l'organisme gestionnaire.	1 mois	
R3	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé en 2020 et 2021 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 3: Étudier les causes des taux élevés d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
R4	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé en 2021 et 2022 sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			