

**Le directeur général**

Lille, le **13 JUIL. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00015



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD résidence Marie-Marthe à Amiens (80021) 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 21/02/2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 16/05/2023.

Par courrier reçu par mes services le 13/06/2023, 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.

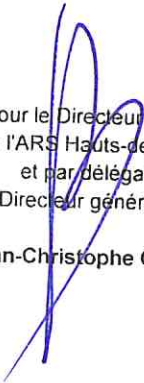
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Monsieur HALLUIN Pascal  
Directeur général  
Fondation la Fassic  
16, rue Valentin d'Haüy  
49100 Angers

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](mailto: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, Monsieur le directeur général, 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

Pièce(s) jointe(s) :

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

**Mesures correctives à mettre en œuvre**

**Contrôle sur pièces de de l'EHPAD résidence Marie-Marthe à Amiens (80021) initié le 21/02/2023**

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)  | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|---|---|------------------------------|---|
| E.8  | 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 sécurisé et de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.   | <b>P.1 :</b> Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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 L. 311-3-1° du CASF. | 1 mois                       |   |
| R.14   | Au regard du nombre d'intérimaires au cours du mois de janvier 2023, la mission de contrôle constate un manque de stabilité des équipes.  |   |                              |   |
| E.9  | 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 | <b>P.2 :</b> Mettre fin aux glissements de tâches.  | 1 mois                       |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)   | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|--|--|------------------------------|---|
|  | 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'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE. |  |                              |   |
| E.13   | Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune 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.                                     | <b>P.3 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015. | 13/06/2023                   |   |
| E.7  | L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.  | <b>P.4 :</b> Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.  | 2 mois                       |   |
| E.12   | Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé rédigé ou révisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.   | <b>P.5 :</b> Réviser la procédure des projets personnalisés, établir les projets   | 4 mois                       |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)  | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|---|---|------------------------------|---|
| R.20   | Les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'actualisation sont insuffisamment formalisées.  | personnalisés des résidents 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. |                              |   |
| E.6  | En l'absence de signalement des évènements indésirables aux autorités compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. | <b>P.6 :</b> Signaler les évènements indésirables aux autorités compétentes conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.       | 13/06/2023                   |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)   | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|---|--|------------------------------|---|
| E.1  | En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. | <b>P.7 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.   | 4 mois                       |   |
| E.11   | Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas rédigé contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.              | <b>P.8 :</b> Rédiger 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. | 3 mois                       |   |
| E.10   | Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-158-1 du CASF.                             | <b>P.9 :</b> Suite au recrutement du médecin coordonnateur, réviser le projet de soins et le   | 13/06/2023                   |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)  | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|--|---|------------------------------|---|
| R.18   | Le projet de soins n'a pas été transmis à la mission de contrôle.  | transmettre à la mission de contrôle.   |                              |   |
| E.4  | En l'absence de précisions sur les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance et sur le numéro dédié à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007. | <b>P.10 :</b> Réviser les documents institutionnels ( <i>projet d'établissement, projet de soins, règlement de fonctionnement, livret d'accueil</i> ) conformément aux dispositions législatives et réglementaires et les transmettre à la mission de contrôle. | 2 mois                       |   |
| E.2  | Le règlement intérieur du CVS n'a pas été approuvé par les membres du CVS contrairement à l'article D. 311-19 du CASF.   |   |                              |   |
| E.3  | En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le projet d'établissement n'est pas conforme à l'article L. 311-8 du CASF.   |   |                              |   |
| R.1  | Le projet d'établissement n'a pas été transmis à la mission de contrôle.   |   |                              |   |
| E.5  | En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national et des qualifications dans le dossier de tous les salariés, l'établissement ne   | <b>P.11 :</b> Transmettre les casiers judiciaires et les  | 1 mois                       |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)   | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|---|--|------------------------------|---|
|  | satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables. | qualifications des personnels soignants de l'établissement à la mission de contrôle.   |                              |   |
| R.3  | La mission d'inspection constate que les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés (cf. annexe 3).   |  |                              |   |
| R.15   | L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.                              | <b>R.1 :</b> Étudier les causes du taux d'absentéisme et de turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions. | 4 mois                       |   |
| R.16   | 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.                               |  |                              |   |
| R.2  | Les protocoles des conduites à tenir en cas de suspicion de maltraitance et de bientraitance sont incomplets et ne sont pas révisés régulièrement.                      | <b>R.2 :</b> Réviser les protocoles sur les conduites à tenir en cas de suspicion de maltraitance et bientraitance en équipe pluridisciplinaire.               | 3 mois                       |   |



| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)  | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|--|---|------------------------------|---|
| R.8  | La procédure de « déclaration à l'ARS » manque de précision, notamment sur les modalités de déclaration, de suivi, et de traitement des EIG / EIGS.  | <b>R.3 :</b> Etablir les procédures de déclaration et gestion interne / externe des événements indésirables incluant la réalisation de RETEX, former de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables et mettre en place des feuilles d'émargement. | 4 mois                       |   |
| R.6  | La procédure interne de déclaration et gestion des événements indésirables manque de précisions.   |   |                              |   |
| R.9  | L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables.   |   |                              |   |
| R.7  | En l'absence de transmission de feuille d'émargement la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation de sensibilisation à la déclaration des événements indésirables auprès du personnel. |   |                              |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)  | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|---|---|------------------------------|---|
| R.13   | Au jour du contrôle l'IDEC ne dispose pas d'une formation spécifique à l'encadrement.   | <b>R.4 :</b> Transmettre l'attestation de réussite de la formation suivie par l'IDEC.   | 13/06/2023                   |   |
| R.23   | L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux troubles du comportement, prévention, prise en charge du risque suicidaire et prévention de l'incontinence. De plus, certains protocoles ne sont pas révisés régulièrement. | <b>R.5 :</b> Etablir les protocoles relatifs aux troubles du comportement, prévention, prise en charge du risque suicidaire et prévention de l'incontinence et prévoir des évaluations régulières de ceux-ci, former de manière régulière les professionnels aux protocoles et mettre en place des feuilles d'émargement. | 3 mois                       |   |
| R.25   | Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique et aucune démarche évaluative n'est mise en place.   |   |                              |   |
| R.24   | En l'absence de feuille d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.  |   |                              |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)  | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|---|---|------------------------------|---|
|  |   |   |                              |   |
| R.4  | La participation des résidents à l'enquête de satisfaction annuelle est faible.   | <b>R.6</b> : Inciter les résidents et leurs familles à compléter le questionnaire annuel de satisfaction.                         | 3 mois                       |   |
| R.5  | L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des réclamations et plaintes.  | <b>R.7</b> : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.   | 3 mois                       |   |
| R.10   | L'établissement ne dispose pas au jour du contrôle d'une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant.   | <b>R.8</b> : Rédiger la procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant.  | 2 mois                       |   |
| R.11   | L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste du médecin coordonnateur à la mission de contrôle.   | <b>R.9</b> : Rédiger les fiches de tâches du personnel soignant ainsi que les fiches de poste du veilleur de nuit et garde malade | 2 mois                       |   |
| R.17   | Toutes les catégories professionnelles ne disposent pas de fiche de poste tel que veilleur de nuit et garde malade et elles ne font pas de distinction entre les postes de jour et les postes de nuit. De plus, aucune fiche de tâches n'est établie. |   |                              |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Prescriptions (P) /<br>Recommandations (R)   | Délai de<br>mise en<br>œuvre | Date de<br>mise en<br>œuvre<br>effective<br>(zone<br>réservée<br>pour le<br>suivi de<br>la mise<br>en<br>œuvre<br>des<br>mesures) |
|--|--|--|------------------------------|---|
| R.21   | 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 réalisées que de manière occasionnelle suite à incident ou réclamation. | <b>R.10 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière. | 1 mois                       |   |
| R.19   | La procédure d'admission est incomplète.   | <b>R.11 :</b> Réviser la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire.                     | 2 mois                       |   |
| R.22   | L'établissement ne réalise pas de sensibilisation régulière sur les transmissions ciblées.   | <b>R.12 :</b> Réaliser des sensibilisations régulières sur les transmissions ciblées.            | 1 mois                       |   |
| RR.12  | Le contrat de travail de l'IDEC n'a pas été transmis à la mission de contrôle.   | <b>R.13 :</b> Transmettre le contrat de travail de l'IDEC à la mission de contrôle.              | 13/06/2023                   |   |