



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Lille, le **14 DEC. 2023**

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



Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

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

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Château de Montières, sis 162 rue Baudouin d'Ailly à AMIENS (80000) initié le 18 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Château de Montières, sis 162 rue Baudouin d'Ailly 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 18 octobre 2023.

Par courrier reçu le 17 novembre 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 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 Château de Montières à AMIENS (80000) initié le 18/07/2023

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
E10	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'État 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 des effectifs journaliers qualifiés suffisants en nombre et en qualification afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des résidents, dans le respect de leurs rythmes de vie.	1 mois	
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			

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
	respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 3° du CASF.			
E15	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.			
E7	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P2 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	2 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
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.	P3 : 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.	P4 : Renouveler régulièrement les extraits de casiers judiciaires.	1 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	

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
E13	En n'intégrant pas la liste des prestations relatives à l'hébergement relevant du socle de prestations délivrées par les établissement 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 établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes conformément à la réglementation.	2 mois	
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.	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	
E11	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.			

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
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.	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	
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 susceptible 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. 312-158, 3° du CASF.	P10 : Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E12	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.	P11 : Rédiger le rapport annuel d'activité médicale conformément aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	2 mois	
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	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
		mentionnées à l'article D.312-158 du CASF et s'assurer de son effectivité.		
R17	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	
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.	3 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	
R9	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R4 : Étudier les causes de l'absentéisme et du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	4 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
R10	L'établissement a précisé un taux de turnover des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.			
R12	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'émargement, la formation du personnel notamment à la bientraitance et aux spécificités du public accueilli n'est pas garantie.	R5 : 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.	/	
R16	En l'absence de transmission d'une feuille d'émargement, la sensibilisation du personnel aux transmissions ciblées n'est pas garantie.	R6 : 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	
R5	En l'absence de transmission de feuille d'émargement, la formation du personnel à la déclaration d'évènement indésirable 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.	R7 : 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.	2 mois	
R7	Les procédures ne font pas mention de la réalisation de RETEX suite à des évènements indésirables graves.			
R8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'une cadre de santé.	R8 : Recruter une cadre de santé.	2 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
R13	La procédure d'admission d'un nouveau résident est incomplète.	R9 : 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	
R15	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.	R10 : Transmettre à la mission de contrôle les résultats des études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appels malades.	1 mois	
R14	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas formalisées.	R11 : Formaliser dans une procédure les modalités d'élaboration du projet personnalisé du résident.	3 mois	
R18	Les protocoles ne sont pas évalués de façon périodique.	R12 : 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	
R11	Le personnel ne dispose pas de fiches de tâches et la fiche de poste AS de jour n'a pas été transmise.	R13 : Rédiger des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel, y compris la directrice, et transmettre la fiche de poste AS de jour à la mission de contrôle.	2 mois	
R2	La directrice de l'établissement ne dispose pas d'une fiche de poste.			
R1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme permettant d'appréhender son organisation interne.	R14 : Mettre en place un organigramme interne spécifique à l'établissement et le porter à connaissance des résidents et du personnel.	/	