



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2024-HDF-00167



LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence des Bords de Somme sis 101 rue Jean Cocteau à Saint-Quentin (02100) 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 22 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 13 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 30 septembre 2024, 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.

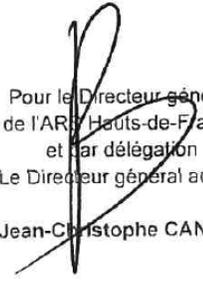
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Christine JEANDEL
Présidente
Groupe Colisée
7, allée Haussmann
33300 BORDEAUX

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 présidente, 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

Copie à Madame Marie FERREIRA, directrice de l'établissement

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence des Bords de Somme à Saint-Quentin (02100) initié le 22 mars 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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	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 ASHI ; 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>Prescription n°1 :</p> <p>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier ainsi que les fiches de postes révisées à la mission de contrôle. 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 L. 311-3, 1° du CASF.</p>	Dès réception du rapport	
E13	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire (de jour et de nuit), 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, 1° du CASF.			
E11	Le médecin coordonnateur ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux	<p>Prescription n°2 :</p> <p>Transmettre un justificatif de formation du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.</p>	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.			
E9	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°3 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier au temps de travail insuffisant du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Dès réception du rapport	
E10	Le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur au détriment de ses missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription n°4 : S'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est dédié à la réalisation de ses missions de coordination conformément à l'article D. 312-156 du CASF.	1 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription n°5 : Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.		25/09/2024
E14	Le RAMA n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	Prescription n°6 : Soumettre le dernier rapport annuel d'activité médicale pour avis à la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF.		25/09/2024
E12	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°7 : Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.		25/09/2024
E7	En l'absence de vérification à l'embauche du diplôme et de l'extrait de casier judiciaire national, puis de vérification régulière de l'extrait de casier judiciaire, l'établissement ne 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.	Prescription n°8 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casier judiciaire des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casier judiciaire conformément à la réglementation.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
E17	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.	Prescription n°9 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		25/09/2024
E16	Chaque résident ne dispose pas d'un Projet d'ACcompagnement (PACT) contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription n°10 : Etablir les PACT des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	3 mois	
E2	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-20 du CASF.	Prescription n°11 : Mettre en conformité le fonctionnement du conseil de la vie sociale, conformément à la réglementation, au niveau de : - sa composition ; - la signature des comptes rendus par le président ; - son règlement intérieur.	3 mois	
E3	Le règlement intérieur n'est pas à jour contrairement aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.			
E4	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le projet d'établissement n'est pas, au jour du contrôle, conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Prescription n°12 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires. Transmettre le plan bleu à la mission de contrôle.	6 mois	
E5	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un règlement de fonctionnement en vigueur contrairement aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E6	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.			
E15	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
R2	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
R11	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation n°1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	6 mois	
R7	La procédure de gestion interne des événements indésirables n'a pas été révisée depuis 2017.	Recommandation n°2 : Mettre à jour la procédure de gestion interne des événements indésirables.		25/09/2024
R3	L'établissement ne dispose pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Recommandation n°3 : Etablir un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.		25/09/2024
R4	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation n°4 : Réaliser le bilan annuel des réclamations et plaintes des usagers.	3 mois	
R6	L'établissement ne dispose pas de plan d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation n°5 : Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.	3 mois	
R15	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 pas réalisées régulièrement.	Recommandation n°6 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.		25/09/2024
R14	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation n°7 : Mettre à jour la procédure d'admission.	2 mois	
R16	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à la nutrition et au circuit du	Recommandation n°8 : Etablir et transmettre les protocoles relatifs aux urgences, aux troubles du comportement, à la nutrition	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		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)
	médicament.	et au circuit du médicament.		
R18	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Recommandation n°9 : Évaluer les protocoles de façon périodique.	6 mois	
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°10 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R9	Aucun compte rendu de RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle.	Recommandation n°11 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de RETEX.		25/09/2024
R5	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle le bilan des enquêtes de satisfaction pour la période 2021 à 2023.	Recommandation n°12 : Transmettre à la mission de contrôle le bilan des enquêtes de satisfaction pour la période 2021 à 2023.		25/09/2024
R10	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouveau arrivant.	Recommandation n°13 : Transmettre à la mission de contrôle la procédure d'accueil du nouveau arrivant.	1 mois	
R1	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	Recommandation n°14 : Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire.	1 mois	
R8	En l'absence de transmission de feuilles d'émergence, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	Recommandation n°15 : Transmettre les feuilles d'émergence relatives aux formations/sensibilisations inscrites dans les plans de formations, ainsi que sur la déclaration des événements indésirables et les protocoles internes.		25/09/2024
R13	En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émergence, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations internes/externes.			
R17	En l'absence de feuilles d'émergence, la mission de contrôle ne peut garantir			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	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)
	l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.		