

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé
environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0213



Lille, le 02 JUIN 2023

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Corinne SENESCHAL
Directrice du Centre Hospitalier
Intercommunal de la Baie de
Somme
33 Quai du Romerel
80230 SAINT-VALERY-SUR-SOMME

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Baie de Somme sis rue du 8 mai 1945 à RUE (80120) initié le 28 septembre 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Baie de Somme sis rue du 8 mai 1945 à RUE (80120) 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 28 septembre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 14 avril 2023.

Par courrier reçu le 12 mai 2022, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

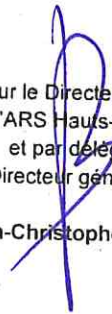
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport de contrôle modifié au président du conseil de surveillance.

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.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
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 du Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme à RUE (80120) initié le 28 septembre 2022

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (<i>par ordre de priorité</i>)		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 présents par poste horaire de jour, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et s'assurer d'un nombre de personnel suffisant en nombre et en qualification afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents et de respecter leur rythme de vie.	2 mois	
E6	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 « faisant fonction » d'AS. 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.			
R17	Au regard de la charge de travail des personnels soignants, et au regard de l'absence de projet personnalisé, le respect des rythmes de vie des résidents n'est pas garanti.			
E5	Le temps de présence du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	Prescription 2 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,80 ETP afin de se conformer à la réglementation et établir sa fiche de poste.	3 mois	
R5	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste précisant les missions qui lui sont confiées et relatives à l'article D. 312-158 du CASF.			
E8	L'établissement n'a pas établi de rapport annuel d'activité médicale contrairement aux dispositions des articles D. 312-158 et D. 312-155-3 du CASF.	Prescription 3 : Etablir 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.	2 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
E11	Les résidents de l'établissement ne disposent pas d'un projet personnalisé contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	Prescription 4 : Etablir les projets 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 formaliser les modalités d'élaboration.	6 mois	
R16	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas formalisées.			
E9	En l'absence de recueil du consentement de la personne avant son entrée en EHPAD, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article L. 311-4 du CASF.	Prescription 5 : Recueillir le consentement de la personne avant son entrée en EHPAD conformément à l'article L. 311-4 du CASF.	Dès réception du rapport	
E3	Les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les coordonnées du numéro d'écoute maltraitance, les coordonnées de l'ARS et du Conseil Départemental ne sont pas renseignées dans le livret d'accueil de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.	Prescription 6 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement propre à l'EHPAD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E2	En l'absence de date d'élaboration, et en l'absence de consultation du conseil de la vie sociale et des instances représentatives du personnel, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.			
E10	En ne mentionnant pas les mesures administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.			
R4	L'établissement n'a pas transmis de plan bleu.			
E4	Les procès-verbaux des réunions de CVS ne sont pas systématiquement signés ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Prescription 7 : Faire signer les procès-verbaux des réunions de CVS par le président du CVS de manière systématique.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
R18	Dans la mesure où aucun document institutionnel ne mentionne la proposition d'une collation nocturne auprès des résidents, cette pratique n'est pas garantie.	Recommandation 1 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents et le mentionner dans les documents institutionnels.	1 mois	
R12	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme et de turn over élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 2 : Analyser les causes du turn over et de l'absentéisme du personnel, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	
R8	Le personnel n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 3 : Etablir un plan de formation interne comprenant la formation du personnel aux protocoles internes et à la déclaration des événements indésirables. Faire signer systématiquement lors des formations et sensibilisations des feuilles de présence.	6 mois	
R14	L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation interne.			
R20	En l'absence de feuilles d'émargement, la mission de contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations et de sensibilisations sur les protocoles internes.			
R7	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète.	Recommandation 4 : Mettre à jour la procédure de gestion des événements indésirables en précisant : - Les types d'événements à déclarer et les événements devant être signalés à l'ARS et au Conseil Départemental ; - Les modalités de déclaration des dysfonctionnements graves auprès de l'ARS ; - La réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	3 mois	
R9	La procédure ne précise pas la démarche de déclaration des dysfonctionnements graves auprès de l'ARS.			
R10	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.			
R15	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 5 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R19	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et la fin de vie ainsi que pour le circuit du médicament.	Recommandation 6 : Etablir les protocoles relatifs au circuit du médicament, aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (par ordre de priorité)		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)
R13	L'établissement ne dispose pas de fiches de tâches pour les postes d'IDE, AS de jour et de nuit, AVS de jour et de nuit, ASH de jour et de nuit.	Recommandation 7 : Etablir les fiches de tâches pour les postes d'IDE, AS de jour et de nuit, AVS de jour et de nuit ainsi que ASH de jour et de nuit.		
R11	La procédure d'accueil du nouvel arrivant de l'établissement n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	Recommandation 8 : Transmettre la procédure d'accueil du nouvel arrivant.	1 mois	
R2	L'établissement n'a pas transmis de comptes rendus de ses comités de direction à la mission de contrôle.	Recommandation 9 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus des comités de direction.	1 mois	
R3	L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.	Recommandation 10 : Transmettre les 3 derniers comptes rendus de la commission de coordination gériatrique.	1 mois	
R1	L'organigramme transmis ne fait pas mention de la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.	Recommandation 11 : Compléter l'organigramme en ajoutant le médecin coordonnateur.	1 mois	
R6	Les cadres de santé ne disposent pas d'une fiche de poste nominative correspondant à leurs missions.	Recommandation 12 : Etablir la fiche de poste des cadres de santé.		