

Lille, le **19 DEC. 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2023-HDF-00330  


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 RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme sis 33 Quai du Romerel à SAINT-VALERY-SUR-SOMME (80230) initié le 12 juillet 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme sis 33 Quai du Romerel à SAINT-VALERY-SUR-SOMME (80230) 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 12 juillet 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 20 octobre 2023.

Par courrier reçu le 21 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](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 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(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 du Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme à SAINT-VALERY-SUR-SOMME (80230) initié le 12 juillet 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)
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 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.	<b>Prescription 1 :</b> 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, conformément à la réglementation.	1 mois	
E9	L'inconstance des effectifs présents le jour, en termes de nombre (IDE) et de qualification (nuit), ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité contrairement aux modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			
E12	Au regard de la charge de travail du personnel et de l'absence de garantie d'élaboration des projets de vie individualisés, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E3	Le plan bleu ne mentionne que partiellement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	<b>Prescription 2 :</b> Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	6 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)
E6	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP afin de se conformer à la réglementation.	3 mois	
E7	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées et définies par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Etablir la fiche de poste du médecin coordonnateur en reprenant les missions définies par l'article D. 312-158 du CASF et transmettre son contrat de travail.	1 mois	
R11	Le contrat de travail du médecin coordonnateur n'a pas été transmis à la mission de contrôle.			
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Constituer la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	4 mois	
E10	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158, alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas cosigné par la direction de l'établissement.	<b>Prescription 6 :</b> Faire signer le RAMA par la direction de l'établissement.		21/11/2023
E2	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.			
E4	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.	<b>Prescription 7 :</b> Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E5	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.			

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)
E11	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.			
E13	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>Prescription 8 :</b> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.		21/11/2023
R5	En l'absence de transmission des dates de demandes des extraits de casier judiciaire, leur vérification n'est pas garantie.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre les dates de demandes des extraits de casier judiciaire du personnel de l'établissement.	1 mois	
R3	La composition du CVS (procès-verbal des élections) n'a pas été remise à la mission de contrôle.	<b>Recommandation 2 :</b> Transmettre la composition du CVS et mettre à jour le règlement intérieur.	3 mois	
R4	Le règlement intérieur du CVS n'est pas mis à jour.			
R7	La procédure de gestion interne des événements indésirables est incomplète.	<b>Recommandation 3 :</b> Compléter la procédure de gestion interne des événements indésirables.	2 mois	
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 4 :</b> Etablir une procédure de déclaration externe des événements indésirables graves.	3 mois	
R6	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction globale annuellement.	<b>Recommandation 5 :</b> Réaliser une enquête de satisfaction globale annuellement.	3 mois	
R8	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation des personnels à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.	<b>Recommandation 6 :</b> Transmettre les feuilles d'émargement concernant la formation des personnels aux protocoles ainsi qu'à la déclaration des événements indésirables.	1 mois	
R19	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.			

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)
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.	<b>Recommandation 7 :</b> Réaliser une étude sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	1 mois	
R14	L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle la programmation annuelle de révision des projets de vie individualisés.	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre la programmation annuelle de révision des projets de vie individualisés à la mission de contrôle.	1 mois	
R13	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 9 :</b> Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R10	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue des événements indésirables graves.	<b>Recommandation 10 :</b> Réaliser des RETEX en équipe pluridisciplinaire suite à la survenue d'événements indésirables graves.		21/11/2023
R16	L'établissement n'organise pas de transmissions le matin entre les équipes de nuit et du matin.	<b>Recommandation 11 :</b> Organiser des transmissions le matin afin d'assurer la continuité des soins.		21/11/2023
R17	Les transmissions ne sont pas ciblées ce qui ne garantit pas d'assurer la continuité des soins.	<b>Recommandation 12 :</b> Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci.		21/11/2023
R18	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 à la fin de vie ainsi que pour le circuit du médicament.	<b>Recommandation 13 :</b> Etablir, en concertation avec les équipes, et transmettre les protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie ainsi que pour le circuit du médicament.	3 mois	
R20	L'ensemble des protocoles n'est pas évalué périodiquement.	<b>Recommandation 14 :</b> Evaluer les protocoles de manière périodique.	6 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)
R2	Aucune réunion de CODIR n'est organisée au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 15 :</b> Organiser périodiquement des réunions institutionnelles de type CODIR au sein de l'EHPAD.		21/11/2023
R1	L'organigramme transmis ne fait pas mention de la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 16 :</b> Réviser l'organigramme en faisant figurer le médecin coordonnateur de l'EHPAD.		21/11/2023
R12	L'établissement n'a pas transmis de fiche de tâches pour le poste d'AS le matin.	<b>Recommandation 17 :</b> Transmettre la fiche de tâche pour le poste d'AS le matin.		21/11/2023