



Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2023-HDF-00435


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Saint-Nicolas sis 38 rue Aristide Briand à SAINT-NICOLAS (62223) 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 27 novembre 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 mars 2024.

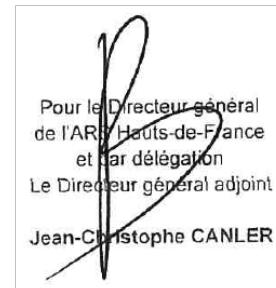
En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courront à compter de la réception de la présente.

Monsieur Denis DELRUE
Président du Conseil d'Administration
de l'EHPAD Saint Nicolas
Association Accueil et relais
15 rue Camille Corot
62223 SAINTE-CAMILLE

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, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à Madame Sylvie PASCOLI, 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 Saint-Nicolas à SAINT-NICOLAS (62223) initié le 27/11/2023

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)
<p>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'aidesoignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des 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'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.</p> <p>E7</p>	<p>Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches afin de garantir aux résidents une prise en charge de qualité et sécurisée conformément à la réglementation.</p>	<p>1 mois</p>	

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)
E5	<p>En ne vérifiant pas systématiquement le bulletin du casier judiciaire national et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.</p>	<p>Prescription 2 : Vérifier systématiquement les extraits de casier judiciaire et les renouveler régulièrement conformément aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.</p>	1 mois
E3	<p>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.</p>	<p>Prescription 3 : Le livret d'accueil doit être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p>	2 mois

E4	Le livret d'accueil ne contient pas la notice d'information relative à la personne de confiance contrairement aux dispositions de l'article D311-39.		
----	---	--	--

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)

E6	En l'absence de signalement des événements 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.	Prescription 4 : Signaler les événements 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.	2 mois	
E8	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-0 du CASF.	Prescription 5 : Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-1550 du CASF.	1 mois	
E10	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	Prescription 6 : 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 afin de respecter les rythmes de vie des résidents, et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	2 mois	
R6	Les projets personnalisés des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			

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)

			œuvre des mesures)
E1	La directrice ne dispose pas d'un document unique de délégation ce qui est contraire à l'article D. 312-176-5 du CASF.	Prescription 7 : Etablir un document unique de délégation pour le directeur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	1 mois
E2	Le plan bleu n'est pas intégré ou annexé au projet d'établissement contrairement à l'article D. 312-160 du CASF.	Prescription 8 : Inclure dans le projet d'établissement les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	2 mois
E9	Contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 10 du CASF, le RAMA transmis par l'établissement n'est pas signé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.	Prescription 9 : Faire signer le RAMA par le médecin coordonnateur et le directeur conformément aux articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.	1 mois
R4	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	Recommandation 1 : Engager l'IDEC dans une action de formation dédiée à l'encadrement.	2 mois
R5	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 2 : Mettre à jour la procédure d'admission en équipe pluridisciplinaire et l'appliquer.	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)
R1	L'établissement ne réalise pas de bilan annuel effectif des réclamations et plaintes.	Recommandation 3 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, réaliser un bilan annuel effectif des réclamations et plaintes, et inclure des actions dans le plan d'amélioration continue de la qualité	2 mois	
R2	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.			
R3	La procédure ne fait pas mention de la réalisation de RETEX suite à l'analyse des événements indésirables.	Recommandation 4 : Actualiser la procédure de gestion interne des événements indésirables, mentionner la réalisation de RETEX et l'appliquer.	2 mois	
R7	L'établissement n'a pas transmis l'étude sur les délais de réponse concernant le dispositif d'appel malade.	Recommandation 5 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.	1 mois	

	<p>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.</p>		
R8			