

Le directeur général

Lille, le **29 AOUT 2023**

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00116

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Saint-Camille situé au 17-23, rue du Marché au Filé à Arras (62000) 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 avril 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 15 juin 2023.

Par courriel reçu par mes services le 13 juillet 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.

Monsieur le président,
Association Saint-Camille
17-23, rue du Marché au filé
62000 ARRAS

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.



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.

Copie à Monsieur CNOCKAERT, directeur de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Saint Camille à ARRAS (62000) initié le 12 avril 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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
E8	La non qualification de certains personnels présents par poste horaire (de jour et de nuit), ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.	Prescription n°1 : Mettre fin aux glissements de tâches afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E5	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 agents de service de soins non qualifiés ; 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.			
E6	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription n°2 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E7	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 mois	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°4 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	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)
E2	Au jour du contrôle, la composition du CVS, ainsi que le règlement intérieur ne sont pas conformes aux dispositions des articles D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°5 : Transmettre la nouvelle composition conforme à la réglementation du CVS suite aux dernières élections organisées, et actualiser le règlement intérieur en conséquence.	3 mois	
E11	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°6 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	3 mois	
E4	Le livret d'accueil n'est pas entièrement 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.	Prescription n°7 : Préciser dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • 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) ; • les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	3 mois	
E3	Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique n'est pas détaillé dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°8 : Réviser le plan bleu, et l'annexer au projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	6 mois	
R2	Le plan bleu n'est pas révisé annuellement.			

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)
E9	En disposant d'un projet de soins non élaboré par un médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°9 : Rédiger, suite au recrutement du médecin coordonnateur, le projet de soins et le RAMA conformément aux dispositions des articles D312-158 1° et 10° du CASF.	6 mois	
E10	En ne disposant pas d'un RAMA, élaboré par un médecin coordonnateur et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.			
R9	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un(e) IDEC.	Recommandation n°1 : Transmettre le contrat de travail et l'attestation de formation managériale de l'IDEC nouvellement embauchée.	1 mois	
R10	La mission de contrôle ne peut s'assurer de la formation effective de l'IDEC nouvellement embauchée à l'encadrement, son attestation de formation n'ayant pas été remise à la mission de contrôle.			
R5	Les diplômes, les contrats et les extraits de casiers judiciaires n'ont pas été remis de manière exhaustive à la mission de contrôle.	Recommandation n°2 : Transmettre de manière exhaustive à la mission de contrôle, l'ensemble des diplômes, des contrats de travail, et des extraits de casiers judiciaires.	1 mois	
R6	Le contrat de travail d'un professionnel, est en inadéquation avec le diplôme détenu.	Recommandation n°3 : Mettre en concordance pour le professionnel concerné son contrat de travail avec le diplôme détenu.	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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R3	En l'absence de transmission du règlement de fonctionnement, la mission de contrôle ne peut s'assurer de sa conformité.	Recommandation n°4 : Transmettre à la mission de contrôle la dernière version du règlement de fonctionnement conforme à la réglementation.	3 mois	
R7	La mission de contrôle ne peut s'assurer de la réalisation effective de bilan des réclamations des usagers, ces derniers n'ayant pas été remis.	Recommandation n°5 : Transmettre à la mission de contrôle le bilan annuel 2022 des plaintes et des réclamations des usagers.	/	
R8	L'établissement n'organise pas de RETEX suite à la survenue de ses événements indésirables.	Recommandation n°6 : Mettre en œuvre la méthodologie des CREX pour analyser les événements indésirables survenus : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	6 mois	
R4	Il n'existe pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement.	Recommandation n°7 : Formaliser un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	3 mois	
R11	Il n'existe pas de procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.	Recommandation n°8 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.	3 mois	
R12	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la contention, aux troubles du comportement, et aux soins palliatifs.	Recommandation n°9 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> la contention ; les troubles du comportement ; les soins palliatifs. 	3 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 <small>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</small>
R1	L'astreinte administrative n'est pas partagée, contrairement à ce qu'énonce la procédure interne relative aux « astreintes administratives ».	Recommandation n°10 : Mettre en cohérence la procédure interne relative aux « astreintes administratives » et la pratique, en partageant l'astreinte entre la directrice et l'IDEC nouvellement embauchée.	3 mois	
R13	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°11 : Faire signer systématiquement des feuilles de présence lors des temps d'échange, des formations et des sensibilisations en interne.	3 mois	