



Le directeur général

Lille, le 07 JUIL. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n° 2022-HDF-0244



LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Notre Dame des Campagnes sis 172 rue du Père Duchenne à CAFFIERS (62132) 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 20 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 4 mai 2023.

Par courrier reçu par mes services le 5 juin 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.

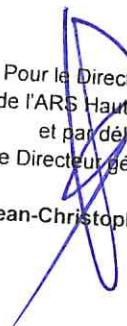
Monsieur Noël DEFFONTAINES
Président de l'Association Temps de Vie
Parc du Canon d'Or – Bat. C
5 rue Philippe Noiret
59350 SAINT ANDRE LEZ LILLE

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'agrérer, 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 Madame Stéphanie DUQUESNE, directrice de l'établissement.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Notre Dame des Campagnes à CAFFIERS (62132) initié le 20 octobre 2022

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)
E9	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 hospitalier. 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.	Prescription 1 : Supprimer les glissements de tâches et positionner du personnel qualifié la nuit en UVA afin d'assurer une prise en charge sécurisée des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	1 mois	
E10	a surveillance de nuit au sein de l'UVA n'étant pas systématiquement assurée par du personnel qualifié, la sécurité des résidents n'est pas garantie ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
E6	Le temps de travail 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 conformément à la réglementation, établir sa fiche de poste conformément aux missions définies par l'article D. 312-158 du CASF et transmettre ses diplômes/ qualifications.	2 mois	
E7	En ne transmettant pas les diplômes du médecin coordonnateur en poste, ses qualifications ne sont pas garanties.			
E8	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions définies par l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription 3 : Constituer et réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312-158, 3° du CASF.	3 mois	
E1	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158, 3° du CASF.	Prescription 4 : Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	8 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.			

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)
E13	Le RAMA n'est pas soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique et n'est pas cosigné par le médecin coordonnateur et la directrice ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158-10° du CASF.	Prescription 5 : Soumettre pour avis le RAMA à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le médecin coordonnateur et la directrice conformément à l'article D. 312-158-10° du CASF.	3 mois	
E11	Contrairement à la circulaire DGAS du 22 mars 2007, aucune formation relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance n'est dispensée au sein de l'établissement.	Prescription 6 : Etablir un plan de formation comprenant la formation du personnel : - aux protocoles internes - aux transmissions ciblées - à la déclaration des événements indésirables - à la prévention et la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. Faire signer systématiquement lors des formations et sensibilisations des feuilles de présence.	6 mois	
R3	Le personnel de l'établissement n'est pas formé à la déclaration des événements indésirables.			
R5	L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation interne.			
R12	Le personnel n'est pas formé aux protocoles ce qui peut compromettre la qualité de la prise en charge des résidents.			
R10	Les professionnels ne sont pas formés aux transmissions ciblées.			
E15	L'ensemble des résidents 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 7 : 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 s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets est réalisée.	6 mois	
R7	Les projets d'accompagnement personnalisé des résidents ne sont pas évalués périodiquement.			
R8	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.			
E4	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 8 : Les documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois	
E2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.			
E3	En ne disposant pas d'un plan bleu annexé au projet			

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)
	d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.			
E14	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.			
E5	La composition du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5 et D. 311-9 du CASF.	Prescription 9 : Mettre en conformité la composition du CVS conformément aux articles D. 311-5 et D. 311-9 du CASF.	3 mois	
E16	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 déjeuné est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Prescription 10 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	Dès réception du rapport	
R2	L'IDEC ne dispose pas d'un contrat de travail en vigueur au jour du contrôle.	Recommandation 1 : Transmettre un contrat de travail en vigueur pour le poste d'IDEC.		05/06/2023
R4	L'établissement ne dispose pas de fiches de tâches pour les postes d'IDE référente, IDE, AS/AMP de jour et de nuit, ASG et ASH de jour et de nuit.	Recommandation 2 : Etablir les fiches de tâches pour les postes d'IDE référente, IDE, AS/AMP de jour et de nuit, ASG et ASH de jour et de nuit.	3 mois	
R9	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.	Recommandation 3 : Etudier les délais de réponse aux appels malade afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R6	La procédure d'admission est incomplète.	Recommandation 4 : Compléter la procédure d'admission.	3 mois	
R11	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 5 : Etablir, en concertation avec les équipes, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, au circuit du médicament, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	3 mois	
R13	Les protocoles ne sont pas évalués périodiquement.	Evaluer les protocoles de manière périodique.		
R1	Les comptes rendus des CODIR ne sont pas systématiquement formalisés.	Recommandation 6 : Rédiger les comptes rendus des CODIR.	3 mois	