

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé  
environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024\_HDF\_00104  
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

à

Bruno DELATTRE  
Directeur  
Institut départemental Albert  
Calmette  
2 route de Widehem  
62176 CAMIERS

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD l'EHPAD Eugène Sarazin, sis route de Widehem à Camiers (62176) initié le 27 février 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Eugène Sarazin, sis route de Widehem à Camiers (62176) 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 février 2024.

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

Par courrier reçu le 25 juin 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées

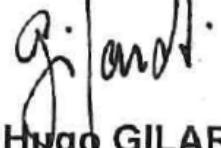
Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

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.

Le Directeur général  
  
Hugo GILARDI

Pièce-jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Contrôle sur pièces de l'EHPAD Eugène Sarazin à CAMIERS initié le 27/02/2024**

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)
<b>E11</b>	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 agents hôteliers ; 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.	P1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, y compris la nuit en UVA, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 <sup>o</sup> du CASF.	1 mois	
<b>E14</b>	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire, y compris en UVA, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3, 1 <sup>o</sup> du CASF.			
<b>E15</b>	Les modalités de surveillance de l'UVA la nuit sont insuffisamment organisées, ce qui contreviennent aux dispositions de l'article L. 311-3, 1 <sup>o</sup> du CASF.			
<b>E8</b>	En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national régulièrement et la nature du diplôme obtenu des agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel.	P2 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des diplômes et des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.	1 mois	
<b>E10</b>	En l'absence de signalement des événements indésirables aux autorités compétentes, notamment les chutes, défauts de soins et erreur médicamenteuse survenus en 2023, l'établissement	P3 : 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	Dès réception du rapport	

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)
	contrevient aux dispositions de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	sociales et médico-sociales, et notamment les chutes, défauts de soins et erreur médicamenteuse survenus en 2023		
<b>E18</b>	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé ou d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	P4 : 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 personnalisés est réalisée afin de garantir une prise en charge personnalisée de qualité conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF	<b>6 mois</b>	
<b>E19</b>	Au regard de la charge de travail du personnel, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.			
<b>E9</b>	En l'absence de connaissance et d'appropriation des protocoles et des documents institutionnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.	P5 : Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la politique de lutte contre la maltraitance: - établir des protocoles relatifs au circuit du médicament, aux contentions, aux urgences, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs,		
<b>R14</b>	En l'absence de feuilles d'émargement, l'organisation régulière de sensibilisations sur les protocoles n'est pas garantie.	- sensibiliser le personnel à ces protocoles ainsi qu'à la déclaration des événements indésirables - mettre en place un émargement systématique des actions de sensibilisations, y compris sur les documents institutionnels et documents relatifs à la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance.	<b>3 mois</b>	
<b>R13</b>	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs au circuit du médicament, aux contentions, aux urgences, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs.			
<b>R3</b>	En l'absence de transmission de feuilles d'émargement, la formation du personnel à la déclaration des événements indésirables n'est pas garantie.			

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)
<b>E6</b>	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 ni aux dispositions de l'article D.311-39 du CASF.	P6 : Réviser le livret d'accueil selon les dispositions de l'article D.311-39 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- précisant les moyens mis en place dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>- mentionnant les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ;</li> <li>- en y annexant la notice d'information relative à la personne de confiance</li> </ul>	<b>2 mois</b>	
<b>E7</b>	Contrairement aux dispositions de l'article L.311-4 du CASF, le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis lors de l'admission.	P7 : Transmettre le livret d'accueil de façon systématique à chaque nouvelle admission conformément à l'article L.311-4 du CASF.		
<b>E12</b>	Le temps de travail du médecin coordonnateur est inférieur au temps de travail réglementaire de 0,60 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	P8 : Mettre en conformité le temps de travail du médecin coordonnateur selon les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF.	<b>2 mois</b>	
<b>E13</b>	Les missions du médecin coordonnateur ne sont pas conformes à l'article D. 312-158 du CASF.	P9 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.		
<b>E17</b>	Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	P10 : Réviser le contrat de séjour, en mentionnant notamment l'obligation pour les professionnels de santé libéraux de conclure un contrat avec l'établissement et en ajoutant une annexe à caractère indicative et non contractuelle relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation conformément aux dispositions de l'article D.311 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E2</b>	Les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	P11 : Faire signer de façon systématique les comptes rendus du CVS par son président conformément aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.		

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)
<b>E3</b>	En n'ayant pas été consulté le conseil de la vie sociale ou une forme de participation, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	P12 : Réviser le projet d'établissement en ajoutant une partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ainsi qu'un projet de soins et le soumettre pour avis au conseil de la vie sociale conformément aux articles D.311-38-5, D. 312-160 et L. 311-8 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>E4</b>	Le projet d'établissement ne comporte pas de partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF.	P12 : Réviser le projet d'établissement en ajoutant une partie détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ainsi qu'un projet de soins et le soumettre pour avis au conseil de la vie sociale conformément aux articles D.311-38-5, D. 312-160 et L. 311-8 du CASF.	<b>6 mois</b>	
<b>E16</b>	Le projet de soins ne respecte pas les dispositions de l'article D.311-38-5 du CASF.	P13 : Réviser le règlement de fonctionnement en y mentionnant les mesures à prendre en cas d'urgences ou de situations exceptionnelles ainsi que les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.	<b>3 mois</b>	
<b>E5</b>	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.311-35 du CASF.	P13 : Réviser le règlement de fonctionnement en y mentionnant les mesures à prendre en cas d'urgences ou de situations exceptionnelles ainsi que les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.	<b>3 mois</b>	
<b>E1</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ce qui est contraire à l'article D. 312-158 du CASF.	P14 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique selon les dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E20</b>	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.	P15 : Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>R4</b>	La procédure de signalement des événements indésirables graves et graves associés aux soins ne précise pas les coordonnées du conseil départemental.	R1 : Préciser les coordonnées du conseil départemental au sein de la procédure de signalement des événements indésirables graves et graves associés aux soins.		

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)
<b>R2</b>	L'établissement n'a pas transmis la procédure relative à la gestion interne des évènements indésirables.	R2 : Transmettre à la mission de contrôle la procédure de gestion interne des évènements indésirables.		
<b>R6</b>	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	R3 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.		
<b>R10</b>	Les modalités d'élaboration des projets personnalisés ne sont pas suffisamment formalisées.	R4 : Réviser les modalités d'élaboration des projets personnalisés en y précisant le processus complet d'élaboration d'un projet personnalisé, qui y participe et de quelle façon.		
<b>R11</b>	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 régulièrement.	R5 : Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	<b>1 mois</b>	
<b>R9</b>	La procédure d'admission du résident n'est pas complète.	R6 : Compléter la procédure d'admission du résident en y mentionnant les informations transmises au résident (prestations offertes, tarif en vigueur, projet personnalisé ...) et recueillies par l'établissement (recueil des habitudes de vie) ainsi que la transmission des documents institutionnels et le recueil du consentement de la personne. S'assurer de sa bonne application.	<b>2 mois</b>	
<b>R5</b>	La procédure ainsi que le livret d'accueil du nouvel arrivant ne sont pas complets.	R7 : Compléter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la procédure d'accueil du nouvel arrivant en y intégrant une information relative à l'intégration du nouvel arrivant (informations transmises, entretien individuel, période de doublage avec un pair...):</li> <li>- le livret d'accueil en y intégrant des informations propres à l'EHPAD afin de faciliter la prise de poste."</li> </ul>	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R12</b>	La participation aux transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical ne sont pas formalisées.	R8 : Formaliser la participation et la réalisation des transmissions orales et écrites au sein des fiche de postes et de tâches du personnel.	<b>5 mois</b>	
<b>R8</b>	Le personnel ne dispose pas de fiches de tâches.	R9 : Mettre en place des fiches de tâches pour l'ensemble du personnel.	<b>5 mois</b>	
<b>R1</b>	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme permettant d'appréhender l'organisation interne de l'EHPAD.	R10 : Etablir un organigramme spécifique à l'EHPAD, nominatif et daté, permettant d'appréhender son fonctionnement interne et le transmettre à la mission de contrôle.	<b>1 mois</b>	
<b>R7</b>	L'établissement n'a pas transmis le taux de turn over des équipes soignantes.	R11 : Transmettre à la mission de contrôle le taux de turn over des équipes soignantes.		