



Le directeur général

Lille, le - 2 JUIN 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2022-HDF-0257


LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022, l'EHPAD Résidence Saint-Camille situé au 164, rue Nationale à Pont-à-Marcq (59710) 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 24 octobre 2022.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 27 mars 2023. Par courrier reçu par mes services le 28 avril 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

Monsieur Noël DEFFONTAINES,
Président du conseil d'administration
Association Temps de vie
Parc du Canon d'Or
Bat. C - 1^{er} Etage
5, Rue Philippe Noiret
59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE

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.

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.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Saint Camille à PONT A MARCQ (59710) initié le 24 octobre 2022

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	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, 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 L311-3-3° du CASF.			
E10	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 AVS/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.	Prescription 1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-3° du CASF.	1 mois	
E14	Les conditions des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes. La charge de toilettes par agent ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité au sens de l'article L311-3 du CASF.			
E7	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Prescription 2 : Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.	1 mois	
E8	Le temps de travail envisagé du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.			

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	La fiche de poste du médecin coordonnateur ne relate pas l'ensemble des missions mentionnées à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.	1 mois	
E1	Au jour du contrôle, la directrice de l'établissement ne dispose pas de la qualification nécessaire pour assurer ses missions, ce qui contrevient aux dispositions des articles D312-176-6 à 9 du CASF.	Prescription 4 : Fournir l'attestation de réussite de formation CNAM de la directrice conforme aux dispositions des articles D312-176-6 à 9 du CASF.	3 mois	
E2	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E6	Les modalités d'élection du président et du vice-président du CVS ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D311-9 du CASF.	Prescription 6 : Elire le président et le vice-président du CVS par un vote à scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies, ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles, conformément aux dispositions de l'article D311-9 du CASF.	2 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)
E3	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription 7 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant le projet de soins et un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-160 du CASF.	6 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet de soins à jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
E4	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 obsolète, ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF.			
E5	En ne respectant pas une périodicité de modification du règlement de fonctionnement (maximum 5 ans), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription 8 : Réviser le règlement de fonctionnement et respecter la périodicité de modification inscrite dans le règlement (5 ans) conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	6 mois	
E13	Le RAMA de l'établissement n'est pas formalisé chaque année, et le dernier RAMA réalisé n'est pas conforme à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 9 : Formaliser le RAMA 2022, le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique et le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	6 mois	
R3	Les IDEC ne disposent pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 1 : Inscrire les IDEC dans une formation spécifique à l'encadrement.	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)
R8	L'établissement a précisé un taux de turn over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	Recommandation 2 : Etudier les causes du turn over des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	6 mois	
R11	Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an.	Recommandation 3 : Mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident.	1 mois	
R13	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas systématiquement d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation 4 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	3 mois	
R9	La confidentialité et l'actualisation des données renseignées dans les fiches de tâches utilisées comme outil de personnalisation des prises en charge, ne peuvent être assurées.	Recommandation 5 : Supprimer des fiches de tâches les informations trop précises portant sur la prise en charge personnalisée des résidents.	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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R14	Les professionnels ne sont pas formés et/ou sensibilisés en interne aux transmissions ciblées.	Recommandation 6 : Former les professionnels aux transmissions ciblées.	1 mois	
R4	Le personnel n'est pas sensibilisé de manière régulière à la déclaration des événements indésirables.	Recommandation 7 : Former et sensibiliser de manière régulière les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	6 mois	
R5	Il n'existe pas de procédure, ni de protocole de signalement et de déclaration externe des évènements indésirables graves et des événements indésirables graves associés aux soins.	Recommandation 8 : Rédiger un protocole ou une procédure de signalement et de déclaration externe des évènements indésirables graves et des événements indésirables graves associés aux soins.	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 (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R6	Aucun RETEX n'est réalisé dans le cadre de l'analyse des EI / EIG / EIGS.	Recommandation 9 : Organiser en interne des RETEX dans le cadre de l'analyse des événements indésirables, en promouvant ainsi l'amélioration des pratiques par une analyse collective.	3 mois	
R7	Il n'existe pas de procédure d'accueil du nouvel arrivant.	Recommandation 10 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant.	3 mois	
R10	Les procédures de préadmission et d'admission sont incomplètes et n'ont pas été actualisées depuis 2015 et 2016.	Recommandation 11 : Réactualiser les procédures de préadmission et d'admission d'un nouveau résident en y intégrant l'ensemble des modalités prévues par la réglementation (cf. détails page 24 du rapport de contrôle).	3 mois	
R16	Les protocoles / procédures ne sont pas systématiquement révisés périodiquement.	Recommandation 12 : Réviser périodiquement les protocoles et les procédures afin de les garder continuellement à jour.	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)
R12	Il existe une incohérence entre les horaires des repas transmis par la direction et les horaires mentionnés dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.	Recommandation 13 : Harmoniser les horaires des repas sur l'ensemble des documents institutionnels.	3 mois	
R1	Les modalités d'organisation des astreintes manquent de formalisme.	Recommandation 14 : Formaliser l'organisation des astreintes, afin d'assurer une meilleure lisibilité des ressources internes positionnées.	1 mois	
R2	L'établissement ne formalise pas systématiquement les comptes rendus de ses CODIR.	Recommandation 15 : Rédiger un compte rendu pour chaque CODIR réalisé.	1 mois	
R15	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations et des formations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation 16 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	6 mois	