



62

Pas-de-Calais
Le Département

Le directeur général
Mission n°2024-HDF-00534

Le président du conseil départemental

Lille, le **- 9 SEP, 2025**

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle pour l'année 2024, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'EHPAD Sainte Camille à VERQUIN (62131), en application des articles L. 313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles. Cette inspection a été réalisée le 19 juin 2024.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés par courrier le 4 avril 2025.

Par courrier électronique reçu le 15 juillet 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission d'inspection 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, nous vous demandons 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, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Pas-de-Calais de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Pas-de-Calais, par l'auditeur qualité du service de la qualité et des financements de la direction de l'autonomie et de la santé. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés et les éléments de preuve de la mise en œuvre des mesures identifiées, dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que le directeur de l'agence régionale de santé préside.

Delphine LANGLET
Directrice générale
Fondation Partage & Vie
11 rue de la Vanne
92126 MONTROUGE

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Nous vous prions d'agréer, Madame la directrice générale, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le président du conseil départemental
et par délégation,

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

Ludwine BOULENGER
directrice de l'autonomie et de la santé

Mesures correctives à mettre en œuvre

Inspection du 19 juin 2024 de l'EHPAD Sainte Camille à VERQUIN

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (P) / Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	Le nombre de personnes accompagnées en accueil de jour est supérieur à l'autorisation .	Prescription n°1: respecter le nombre d'accueil prévus par l'autorisation administrative.	/	15/07/2025
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	Prescription n°2: rédiger un projet d'établissement conformément à la réglementation en vigueur, le soumettre aux instances représentatives.	6 mois	
E3	L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF. Absence de médecin coordonnateur depuis le 1 ^{er} janvier 2024.	Prescription n°3: rédiger un projet de soins et convenir du recrutement d'un médecin coordonnateur.	6 mois	
E4	En ne précisant pas suffisamment les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives, ni la notice d'information mentionnée à l'article D.311-0-4 du CASF, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D.311-39 du même code, à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance ¹ et aux recommandations de la HAS ² . Par ailleurs, celui-ci n'a pas été actualisé.	Prescription n°4: le livret d'accueil doit être actualisé pour comporter les informations nécessaires.	6 mois	

¹ Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

² HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (P) / Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E5	L'article 8 du règlement intérieur 2014 du CVS précise que le CVS se réunit 2 à 3 fois par an, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D 311-16 du CASF (a minima 3 réunions par an).	<u>Prescription n°5</u> : mettre à jour le règlement intérieur.	/	15/07/2025
E6	L'absence de traçabilité satisfaisante et de procédure de gestion des EI ne permet pas une gestion acceptable des signalements, ce qui ne respecte pas les obligations prévues aux articles L.331-8-1, R.331-8 et suivants du CASF et est au contraire aux recommandations de la HAS ³ .	<u>Prescription n°6</u> : mettre en place une procédure de gestion des EI favorisant la traçabilité.	/	15/07/2025
E7	Les systèmes d'appel ne sont pas accessibles en tous points de la chambre des résidents, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et est contraire à l'article L.311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°7</u> : rédiger une délégation de signature du représentant de l'établissement.	/	15/07/2025
E8	L'absence de réponse en cas de déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet ni de prévenir ni de traiter de manière satisfaisante les événements indésirables et ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L.311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°8</u> : rendre le dispositif d'appel malade effectif.	Immédiat	
E9	L'établissement n'élabore pas de projets de vie individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D. 312-155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°9</u> : rédiger un projet de vie individualisé, de manière concertée pour chaque résident.	3 mois	
E10	L'établissement n'actualise pas l'ensemble des projets de vie individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D. 312-155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°10</u> : actualiser le projet de vie individualisé des résidents le nécessitant.		
E11	L'insuffisance d'adaptation dans les rythmes de la journée ne permet pas de garantir au résident une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, adaptés à son âge et à ses besoins (art. L.311-3 du CASF).	<u>Prescription n°11</u> : adapter les rythmes de la journée aux besoins des résidents.	3 mois	
E12	L'absence de traçabilité de l'hydratation des résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L.311-3 du CASF .	<u>Prescription n°12</u> : mettre en place la traçabilité de l'hydratation des résidents.	3 mois	

³ HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (P) / Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E13	L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD est contraire aux articles D. 312-155-0 et D. 312-156 du CASF.	<u>Prescription n°13</u> : procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur.	6 mois	
E14	En ne prenant pas toutes les précautions en leur pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'elles sont appelées à utiliser dans le cadre de leur exercice professionnel, les infirmières de l'EHPAD ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, telles que prévues à l'article R. 4312-39 du CSP.	<u>Prescription n°14</u> : sécuriser le circuit d'accès aux médicaments.	/	15/07/2025
E15	Au jour de l'inspection, la continuité de la fonction de direction, en l'absence de directeur, n'est pas suffisamment organisée et sécurisée (articles D. 312-176-7 et L. 311-3 du CASF).	<u>Prescription n°15</u> : convenir d'une délégation des fonctions de direction.	/	15/07/2025
R1	Le manque de démarche formalisée structurante suffisante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective est contraire aux recommandations de la HAS.	<u>Recommandation n°1</u> : rédiger un protocole pour l'organisation des astreintes et convenir d'un dispositif permettant d'assurer la continuité de la fonction de direction.	/	15/07/2025
R2	L'absence de participation des équipes de nuit aux réunions de service ne permet pas de garantir un partage optimal de l'information et une adhésion des professionnels aux décisions prises en matière de pilotage de l'établissement, ce qui ne répond pas aux recommandations de la HAS.	<u>Recommandation n°2</u> : s'assurer de la prise de connaissance par les professionnels des documents institutionnels relatifs à la maltraitance.	3 mois	
R3	En n'organisant pas un retour systématique auprès des équipes sur les suites données à une remontée d'informations en cas de situation difficile, l'établissement fragilise la cohérence des actions engagées par les professionnels et insécurise les agents dans leurs pratiques. En l'absence de remontée et de partage d'information systématique en interne concernant les événements indésirables (FEI, transmissions, réunions etc...), l'établissement ne répond pas aux recommandations de la HAS ⁴ .	<u>Recommandation n°3</u> : désigner un référent bientraitance au sein de l'établissement. Associer l'ensemble du personnel à la gestion et au suivi des EI/EIG.	/	15/07/2025
R4	En l'absence de traçabilité et d'analyse globale régulière, l'organisation de la	<u>Recommandation n°4</u> : mettre en place	/	15/07/2025

⁴ HAS « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » - juillet 2008.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (P) / Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	gestion des événements indésirables n'est pas exhaustive et ne permet pas de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.	une traçabilité globale et régulière des EI.	/	15/07/2025
R5	En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS ⁵ , l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.			
R6	Aucune réunion institutionnelle spécifique à l'EHPAD n'est organisée au jour de l'inspection. Même si l'établissement dispose de procédures de signalement des EI formalisées, celles-ci ne sont pas actualisées et la traçabilité sur l'analyse et le traitement des EI n'est pas systématiquement assurée, ce qui impacte l'opérationnalité du suivi de ces événements.	<u>Recommandation n°5</u> : organiser la traçabilité et l'analyse globale régulière des EI.	/	15/07/2025
R8	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils et les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (ANESM, <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> , décembre 2008).	<u>Recommandation n°6</u> : formaliser et tracer la gestion des réclamations.	3 mois	
R9	Même si les conduites à tenir en cas d'incident grave existent au sein de l'établissement, celles-ci ne sont ni actualisées, ni connues par les professionnels, ce qui ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence de manière optimale.	<u>Recommandation n°7</u> : actualiser les conduites à tenir en cas d'incident grave et s'assurer de leur prise de connaissance par les professionnels.	3 mois	
R10	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.	<u>Recommandation n°8</u> : veiller au renouvellement régulier des extraits de casier judiciaire.	/	15/07/2025
R11	Même s'il existe un plan de formation, celui-ci n'est pas élaboré à partir des besoins de l'ensemble des professionnels, ce qui ne permet pas « la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant	<u>Recommandation n°9</u> : formaliser un plan de formation élaboré à partir des besoins de l'ensemble des professionnels.	/	15/07/2025

⁵ HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (P) / Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées...en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives » (Recommandations ANESM, <i>Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</i> , juin 2008).			