

Le directeur général

Le président du conseil départemental

Du Pas-de-Calais

Direction de l'autonomie et de la santé  
Service de la qualité et des financements

à

**M. Christian Burgi**  
Directeur du Centre Hospitalier  
de la région de Saint-Omer  
Route de Blendecques -Helfaut-  
BP 60 357  
62505 Saint Omer Cedex

[REDACTED]  
Mission n° 2022-HDF-00293

Lille, le

**31 AOUT 2023**

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite à l'inspection du 05 décembre 2022 à l'EHPAD « Arc-en-Ciel » sis route de Blendecques à Helfaut.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée inscrite au programme d'inspection-contrôle 2022 de l'ARS et du Conseil Départemental du Pas de Calais en application des articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier les conditions de prise en charge, de sécurité et de bien être des résidents de l'EHPAD. Cette inspection a été réalisée le 05 décembre 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 15 février 2023.

Par courrier reçu le 06 mars 2023, 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. Nous avons pris bonne note des mesures correctives déjà mises en place ainsi que de l'ensemble de vos engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des mesures envisagées.

En conséquence, 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'ARS, 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 le bureau de la qualité 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 dans le respect des délais fixés.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que nous présidons.

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.

Le directeur du pôle solidarités

Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par déléction  
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

Pour le Président du Conseil départemental  
Le Directeur du Pôle Solidarités

Patrick GENEVAUX

Pièce jointe : tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Inspection du 05 décembre 2022 de l'EHPAD « L'Arc-en-Ciel » du CHRSO, situé route de Blendecques à HELFAUT**

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	<p><u>Ecart 1</u> : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire valider le document « Projet d'établissement 2023-2028 » par les instances</li> <li>- Communiquer en retour le projet d'établissement une fois validé aux autorités de régulation (ARS/CD du Pas de calais) assorti des modalités ainsi que du calendrier du « porter à connaissance » de ce document aux professionnels de l'EHPAD</li> </ul>	3 mois	
E2	<p><u>Ecart 2</u> : Le règlement de fonctionnement est daté de 2010 et n'a pas été renouvelé au terme des 5 ans, conformément à l'article R.311-33 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°2 :</u></p> <p>Actualiser et s'assurer de la mise en conformité du règlement de fonctionnement avec la réglementation en vigueur.</p>	3 mois	09/12/2022
E3	<p><u>Ecart 3</u> : L'absence de fermeture des portes des locaux techniques ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°3 :</u></p> <p>Sécuriser l'accès des portes des locaux techniques.</p>	Immédiat	Janv. 2023

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E4	<u>Ecart 4</u> : L'absence d'une traçabilité suffisamment sécurisée du suivi de l'hydratation des résidents (absence de mention de l'identité du résident sur les bouteilles d'eau lui étant destinées) ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge suffisante au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	<u>Prescription n°4</u> :  Se mettre en capacité de pouvoir garantir que, sauf contre-indication particulière, chaque résident puisse disposer à tout moment d'un accès à une bouteille d'eau sur laquelle est apposé son nom.	2 mois	
E5	<u>Ecart 5</u> : En ne prenant pas toutes les précautions en leur pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et/ou 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°5</u> :  Sécuriser l'accès des portes de la pharmacie ainsi que de la salle de soins.	Immédiat	12 déc. 2022
R1	<u>Remarque 1</u> : L'absence d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS <sup>1</sup> .	<u>Recommandation n°1</u> :  Mettre en place des instances de supervision, groupes de paroles et/ou d'analyse de pratiques	3 mois	
R2	<u>Remarque 2</u> : En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par	<u>Recommandation n°2</u> :  Mettre à disposition des familles et des proches aidants un / ou des outil(s) spécifiquement	2 mois	

<sup>1</sup> HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	la HAS <sup>2</sup> , l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.	dédié(s) leur permettant de déclarer et de suivre très facilement leurs réclamations.		
R3	<u>Remarque 3</u> : Les horaires des visites (12h00-20h00) sont limités.	<u>Recommandation n°3 :</u>  Proposer une amplitude des horaires de visites plus large (permettre à la famille ou aux proches de venir rendre visite aux personnes hébergées quand elles le souhaitent, ou, en tout état de cause, permettre aux personnes empêchées l'après-midi, de pouvoir visiter leurs parents la matinée).	2 mois	
R4	<u>Remarque 4</u> : L'affichage des menus de la semaine en cours n'est pas assuré, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS (« Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » -HAS sept. 2011).	<u>Recommandation n°4 :</u>  Mettre à disposition des résidents le menu de la semaine (en gros caractères) par voie d'affichage dans l'établissement et/ou en le distribuant dans les chambres.	Immédiat	
R5	<u>Remarque 5</u> : En ne disposant pas de protocole de prévention du risque de déshydratation, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l HAS.	<u>Recommandation n°5 :</u>  - Formaliser un protocole de prévention du risque de déshydratation (modalités de veille et d'identification des signes de déshydratation, adaptation des réponses et	3 mois	

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

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
	<p>conduites à tenir, sensibilisation et formation des professionnels au repérage des signes de déshydratation, ...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les modalités ainsi que le calendrier du « porter à connaissance » de ce protocole aux professionnels de l'EHPAD</li> </ul>		