

Le directeur général

Réf : 2025-D3SE-SDIC-LC
Mission n° 2024_HDF_00433

La présidente du conseil départemental

Lille, le

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

L'EHPAD « La Closerie des Tilleuls » de Saint-Crépin-Ibouwillers géré par la SAS La closerie des tilleuls (groupe DOMIDEP) a fait l'objet d'une inspection inopinée le 15 avril 2024, en application de l'article L.313-13 du code de l'action sociale et des familles (CASF), afin de vérifier les conditions de prise en charge, de sécurité et de bien-être des résidents.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 22 août 2024. Par courriel reçu le 26 septembre 2024, puis par un courrier complémentaire reçu le 4 décembre 2024, 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 clôtent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de l'Oise de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Oise, par le service contrôle, qualité et gestion des risques de la direction de l'autonomie des personnes.

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

Monsieur Alain PITEUX
Président de DOMIDEP
18, rue du Creuzat
38080 L'ISLE D'ABEAU

des actions prévues dans le respect des délais fixés.

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

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, Monsieur le président, l'assurance de notre considération distinguée.



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Pour la présidente du conseil
départemental
et par délégation,
la directrice de la Maison départementale
de l'autonomie

Stellina LISMONDE-MERCIER

Pièce jointe :

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

Mesures correctives
Inspection du 15 avril 2024 EHPAD « La Closerie des Tilleuls » à Saint-Crépin-Ibouwilliers
Géré par la SAS La closerie des tilleuls (groupe DOMIDEP).

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)
<u>Ecart n°1</u> L'absence d'éléments d'information sur la validation du règlement de fonctionnement par le CVS ne permet pas de savoir s'il a été établi après consultation de celui-ci conformément à l'article L311-7 du CASF.	<u>Prescription n°1</u> Inscrire la date de validation du règlement de fonctionnement par le CVS et /ou faire valider le règlement de fonctionnement par le CVS et le mentionner dans le document.	Levée de la prescription	
<u>Ecart n° 2:</u> L'établissement ne déclare pas systématiquement tout EIG/EIGS aux autorités administratives compétentes, ce qui est contraire aux dispositions de l'art L331-8-1 du CASF. <u>Remarque n° 1:</u> L'absence de rédaction d'une FEI pour tout évènement indésirable grave et l'absence de traçabilité de l'analyse des causes en cas de RETEX induisent un manque de formalisme et un risque d'incomplétude de la cartographie des risques de l'établissement et des plans d'actions, ce qui ne satisfait pas au critère 3.13.3 « Les professionnels déclarent et analysent en équipe les Évènements indésirables et mettent en place des actions correctives » de l'objectif 3.13 « L'ESSMS assure le recueil et le traitement des évènements indésirables » du manuel d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la HAS (mars 2022).	<u>Prescription n°2:</u> a) Déclarer systématiquement les EIG/EIGS aux autorités de tutelles. b) Rendre systématique la réalisation d'une FEI pour tout EI, et utiliser une méthode d'analyse des causes lors des RETEX sur les EIG/EIGS avant d'élaborer les plans d'actions.	Levée de la prescription	

<u>Ecart n°3:</u> Les personnels de l'établissement ne sont pas tous à jour concernant l'AFGSU, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	<u>Prescription n°3 :</u> Programmer une mise à jour de la formation aux gestes de d'urgence pour les personnels de l'établissement.	6 mois	
<u>Remarque n°2:</u> Tous les professionnels n'ont pas tracé par émargement qu'ils ont pris connaissance des mises à jour des protocoles.	<u>Recommandation n°1:</u> S'assurer que tous les professionnels concernés ont pris connaissance des mises à jour des protocoles avec traçabilité (feuilles d'émargement).	Levée de la recommandation	
<u>Ecart n°4 :</u> En ne s'assurant pas du contenu des bulletins du casier judiciaire national n° 2, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<u>Prescription n°4 :</u> Se mettre en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L1336 du CASF et en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	6 mois	
<u>Remarque n° 3:</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 HAS exANESM (Qualité de vie en EHPAD, volet 2, page 44 « Vérifier collectivement l'effectivité des échanges relationnels entre professionnels et résidents au sein des instances de partage (réunion d'équipe, groupe d'analyse de pratique, groupe de supervision...) » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.	<u>Recommandation n°2:</u> Mettre en place une instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, afin de favoriser l'expression des personnels.	Levée de la recommandation	

<p><u>Ecart n°5:</u> L'absence de traçabilité quotidienne de la température des réfrigérateurs des unités est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS exANESMS (* fiche-repère sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP) et à l'arrêté du 21 décembre 2009 qui fixe dans son annexe I les températures de conservation des denrées alimentaires et décrit dans son annexe IV les dispositions spécifiques pour les établissements de restauration collective ainsi qu'au texte européen 852/2004.</p>	<p><u>Prescription n°5 :</u></p> <p>a) Equiper les réfrigérateurs de thermomètres et vérifier et assurer la traçabilité de la température conformément aux textes et bonnes pratiques. b) Vérifier les dates de péremption des aliments et sécuriser leur distribution.</p>	<p>Levée de la prescription</p>	
<p><u>Ecart n°6 :</u> La présence de produit potentiellement dangereux au sein d'une unité destinée à des personnes présentant des troubles cognitifs constitue un risque pour la santé et la sécurité des personnes au sens de l'article 311-3.</p>	<p><u>Prescription n° 6:</u> Assurer une surveillance et une vérification permettant de sécuriser au maximum l'accès aux produits potentiellement dangereux.</p>	<p>Levée de la prescription</p>	
<p><u>Ecart n°7 :</u> La formalisation insuffisante de l'évaluation gérontologique dans le dossier du résident lors de son admission, ne permet pas de garantir le respect des dispositions de l'alinéa 6 de l'article D312-158 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 7:</u> Pour chaque admission formaliser l'évaluation gérontologique dans le dossier de soins des résidents.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Ecart n°8 :</u> Le contrat de séjour n'explicite pas les rôles de la personne de confiance en application des articles L1111-6 du CSP et L311-5-1 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°8:</u> Compléter l'information de la personne accueillie quant au rôle de la personne de confiance, en matière d'accompagnement aux décisions médicales mais aussi en matière d'accompagnement dans les démarches administratives et la compréhension de ses droits.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Ecart n°9 :</u> En vertu de l'article L311-3 du CASF et de l'obligation légale d'obtenir le consentement de la personne pour son admission et son contrat de séjour, l'absence de</p>	<p><u>Prescription n°9 :</u> Mettre en œuvre une information systématique de la personne accueillie et son entourage sur les mesures de protection</p>	<p>6 mois</p>	

consentement possible à son admission par la personne accueillie du fait d'un affaiblissement cognitif ne s'accompagne pas systématiquement d'une information sur les mesures de protection juridique, ce qui ne respecte pas la recommandation de l'ANESM Qualité de vie en EHPAD, volet 1, page 23 « Informer sur : l'obligation légale d'obtenir le consentement de la personne pour son admission et le contrat de séjour ;... les dispositifs de droit si besoin : mesures de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future), dispositions diverses »	juridiques en cas d'affaiblissement cognitif de la personne l'empêchant d'exprimer clairement son consentement à son admission et à son contrat de séjour.		
<u>Ecart n° 10:</u> Le temps de jeûne peut être supérieur à 12 h puisque la collation n'est pas systématiquement proposée.	<u>Prescription n° 10:</u> Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015, avec traçabilité sur le logiciel « soins ».	Levée de la prescription	
<u>Ecart n°11 :</u> En ne retournant pas systématiquement à la pharmacie d'officine les médicaments issus de traitements ponctuels ou de traitements arêtes, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L 4211-2 du CSP.	<u>Prescription n°11 :</u> Retourner systématiquement les traitements arrêtés ou terminés à la pharmacie.	Levée de la prescription	
<u>Ecart n°12:</u> L'absence de trombinoscope imprimé sur les piluliers contribue au risque d'erreur d'identité lors de la distribution médicamenteuse, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°12 :</u> Disposer les photographies des résidents sur les piluliers afin de renforcer l'identité-vigilance lors de la distribution médicamenteuse.	Levée de la prescription	
<u>Ecart n°13</u> L'inscription d'une activité de « <u>distribution</u> » des médicaments telle que formulée sur les fiches de poste des « ASH diplômé / Auxiliaire de Vie / ASH	<u>Prescription n° 13</u> Respecter les dispositions réglementaires et modifier les fiches de postes en ce sens.	1 mois	

ayant déposé le livret 1 de VAE/ Auxiliaire de gériatrie, AMP, ASD », ne respecte pas les termes de l'article L. 313-26 du CASF			
<u>Ecart n° 14:</u> L'absence de liste des professionnels autorisés à avoir accès aux locaux de la pharmacie et au coffre de stupéfiant contrevient à l'article R4312-39 du CSP.	<u>Prescription n°14 :</u> Etablir et afficher la liste des professionnels autorisés (médecins, IDE).	Levée de la prescription	