

**Le Directeur général**

**Le président du conseil départemental du Nord  
Direction générale chargée de la solidarité**

**à**

**Madame Valérie DERAEEVE  
Directrice de l'EHPAD Cloostermeulen  
1 rue Jean de la Fontaine  
59114 STEENVOORDE**

Lille, le

Réf : D3SE-SDIC-JLT  
Mission n° 2022\_HDF\_0214



**LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : Mesures correctives suite à l'inspection du 10 octobre 2022 à l'EHPAD «Cloostermeulen» sis 1 rue Jean de la Fontaine à Steenvoorde.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles, afin de vérifier :

- que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits ;
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance y existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Cette inspection a été réalisée le 10 octobre 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 18 janvier 2023.

Par courrier reçu le 20 février 2023, vous avez présenté vos observations concernant le rapport.

Au regard de votre courrier, 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, 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, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médicosociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Nord, par le service régulation des établissements pour personnes âgées à la direction de l'autonomie. 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 dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons 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 général

Pour le Président du Conseil Départemental  
et par délégation,  
Le Directeur général adjoint chargé de la  
solidarité

Hugo GILARDI

Jean-Pierre LEMOINE

Pièce(s) jointe(s) :

- Le rapport d'inspection modifié (le cas échéant)
- Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Inspection du 10 octobre 2022 de l'Ehpad « Cloosterveulen » situé à Steenvoorde (59114)**

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)
R1	L'établissement dispose d'une unité de vie aux accès sécurisés et destinée à des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, qui ne fait pas l'objet d'une identification dans l'arrêté d'autorisation	R1	Etablir une demande auprès de l'ARS afin que l'arrêté d'autorisation prenne en compte la prise en charge dans une unité de vie identifiée les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.	Immédiat	
E1	Le registre des personnes accueillies prévu par l'article L331-2 du CASF n'est pas mis à jour ce qui est contraire à l'article L 331-2 du CASF.	P1	Mettre à jour le registre des personnes accueillies dans l'établissement.	Immédiat	
E2	La date de rédaction du règlement de fonctionnement n'est pas indiquée, et en l'absence d'éléments transmis à la mission d'inspection attestant du conseil de la vie sociale, la mission d'inspection ne peut pas affirmer que le règlement de fonctionnement est établi conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF	P2	Actualiser le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	3 mois	
E3	Le projet d'établissement ne précise pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle, élément prévu par l'article L311-8 du CASF.	P3	Préciser dans le projet d'établissement la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle.	3 mois	
E4	L'absence de document de délégation de la directrice contrevient aux dispositions de l'article D315-71 du CASF.	P4	Elaborer un document de délégation de la directrice conformément à l'article D315-71 du CASF.	-----	
R2	La fiche de poste du directeur n'a pas été mise à jour depuis 2014 et ne comporte pas la nouvelle identité de l'établissement ainsi que ses coordonnées téléphoniques actuelles.	R2	Mettre à jour la fiche de poste du directeur.	Immédiat	
E5	L'absence de décision instituant le CVS n'est pas conforme à l'article D311-4 du CASF.	P5	Notifier la décision instituant le conseil de la vie sociale à l'autorité administrative compétente conformément à l'article D311-4 du CASF.	Immédiat	

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)
E6	La fréquence de réunion du CVS ne respecte pas les dispositions de l'article D311-16 du CASF.	P6	Respecter les dispositions de l'article D311-16 du CASF relatif à la fréquence des réunions du CVS.	Immédiat	
R3	En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation HAS-ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008)	R3	Organiser des sessions de formation sur la thématique de la maltraitance à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	12 mois	
E7	La méconnaissance par le personnel de ses obligations de signalement, les lacunes dans la traçabilité/l'analyse des situations de maltraitance, de même que l'absence d'actualisation des procédures afférentes, ne permettent pas de satisfaire aux obligations telles qu'issues du décret du 21 décembre 2016 et de l'arrêté du 28 décembre 2016.	P7	Mettre en place les modalités (information du personnel, traçabilité/analyse des situations de maltraitance, actualisation des procédures) permettant à l'établissement de répondre à ses obligations de signaler tout dysfonctionnement grave ou événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes prises en charge.	3 mois	
E8	Les absences de traçabilité satisfaisante, d'actualisation de la procédure relative au signalement à l'ARS et au Département et de procédure de gestion des EI ne permettent 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 contraire aux recommandations de la HAS.	P8	Mettre en place une traçabilité ainsi qu'une procédure relative au signalement à l'ARS et au Département des événements indésirables.	Immédiat	
R4	En l'absence de traçabilité et d'analyse globale régulière, l'organisation de la gestion des événements indésirables n'est pas exhaustive et ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.	R4	Mettre en place une traçabilité et une analyse globale régulière, permettant d'organiser de manière exhaustive la gestion des événements indésirables et d'assurer un suivi ainsi que la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents.	3 mois	

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)
E9	Le formulaire de signalement n'est pas conforme aux dispositions du décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P9	Mettre le formulaire de signalement en conformité avec les dispositions du décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Immédiat	
E10	En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS, l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque, ne permettant pas de garantir une qualité de prestation satisfaisante aux résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P10	Mettre en place une gestion formalisée et tracée des réclamations des familles.	3 mois	
R5	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.	R5	Organiser auprès des professionnels de l'établissement un retour d'information suites à la gestion des événements indésirables.	6 mois	
E11	Tous les Evénements Indésirables Graves (EIG) ne sont pas déclarés aux autorités de tutelle et de contrôle. Ceci est contraire au décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales	P11	Déclarer aux autorités de tutelles et de contrôle les événements indésirables graves.	Immédiat	
E12	En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF.	P12	Disposer d'une copie des diplômes de chaque agent de l'établissement.	Immédiat	

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)
R6	Le manque d'harmonisation dans la formalisation et l'absence de formalisation pour certains postes (IDE, psychologue et ergothérapeute) dans les missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	R6	Formaliser et harmoniser les missions et les responsabilités des professionnels en fonction de leur poste de travail.	6 mois	
E13	La réalisation des actes techniques, notamment l'administration des médicaments, par des agents non qualifiés, est contraire aux dispositions de l'article R 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.	P13	Assurer la réalisation des actes techniques, notamment l'administration des médicaments, par des agents qualifiés, conformément à l'article R 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.	Immédiat	
E14	Les profils de poste tels que prévus au sein de l'EHPAD permettent à des agents d'exercer des missions qui ne disposent pas des qualifications requises et exigées par l'article R4311-4 du CSP.	P14	L'établissement veillera à ce que les agents qui ne disposent pas des qualifications requises et exigées par l'article R4311-4 du CSP ne puissent exercer les missions telles que réalisées actuellement au sein de l'EHPAD.	Immédiat	
R7	L'organisation des remplacements n'est pas formalisée dans un protocole.	R7	Formaliser dans un protocole une organisation des remplacements des personnels.	3 mois	
R8	L'organisation des temps de pause n'est pas formalisée, pour l'ensemble des agents de l'EHPAD.	R8	Formaliser dans un protocole l'organisation des temps de pause des agents.	3 mois	

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)
R9	L'organisation des coupures n'est pas formalisée.	R9	Formaliser dans un protocole l'organisation des coupures des agents.	3 mois	
R10	L'organisation des entretiens d'évaluation annuelle n'est pas formalisée dans un protocole.	R10	Formaliser dans un protocole une organisation des entretiens d'évaluation annuelle des agents.	3 mois	
R11	L'organisation et les conditions de travail proposées au sein de l'établissement constituent des risques psycho-sociaux susceptibles de retentir sur la santé des salariés et engendrer des dysfonctionnements pouvant affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.	R11	Reconsidérer l'organisation et les conditions de travail des agents au sein de l'établissement afin de réduire les risques psycho-sociaux susceptibles de retentir sur la santé des salariés et engendrer des dysfonctionnements pouvant affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.	6 mois	
E15	L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD est contraire aux dispositions de l'article D 312-156 du CASF.	P15	Recruter un médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D 312-156 du CASF.	Immédiat	
R12	Le temps de présence de la psychologue à hauteur de 0,20 ETP ne permet pas de répondre aux besoins des résidents et d'assurer une prise en charge optimale de leur santé mentale.	R12	Renforcer le temps de présence de la psychologue permettant de mieux répondre aux besoins des résidents et d'assurer une prise en charge optimale de leur santé mentale.	Immédiat	
R13	L'absence d'instance de supervision ou de groupes de parole formalisés, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS-ANESM du volet « adaptation à l'emploi » : « Mettre en place des groupes de parole pour les professionnels dont le travail est par nature isolé et organiser dans les groupes de pairs la mise en débat et les échanges sur le travail, juin 2008 , p 20 » ; Volet 4 : « Soutien aux professionnels, septembre 2012 ».	R13	Mettre en place une instance de supervision ou de groupes de parole formalisés, hors présence de la hiérarchie, permettant de favoriser l'expression des personnels conformément aux recommandations de la HAS.	6 mois	
R14	Les locaux, notamment techniques, ne sont pas clairement identifiés par une signalétique adaptée.	R14	Mettre en place une signalétique adaptée aux locaux, notamment les locaux techniques.	Immédiat	

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)
E16	L'absence de fermeture de certains locaux ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L311-3 du CASF.	P16	Assurer la fermeture de certains locaux afin de garantir la sécurité des résidents.	Immédiat	
E17	Le manque de suivi de la traçabilité de températures du réfrigérateur ne permet pas de garantir une conservation des spécialités pharmaceutiques thermosensibles à une température stabilisée/adaptée, conforme aux autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments stockés (conservation entre +2°C et +8°C). Ceci ne permet pas de garantir un niveau de sécurisation satisfaisant, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P17	Assurer le suivi de la traçabilité de la température du réfrigérateur de la salle de soins.	Immédiat	
E18	L'absence de formalisation de la recherche du consentement de la personne accueillie est contraire à l'article L311-3 du CASF.	P18	Formaliser la recherche du consentement de la personne accueillie.	Immédiat	
R15	L'Ehpad n'a pas mis en place d'analyses formalisées sur les causes des chutes et d'actions correctives correspondantes, ce qui n'est pas conforme avec les orientations de la HAS-ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2011 »	R15	Mettre en place de manière formalisée une analyse des causes des chutes et les actions correctives qui en découlent.	Immédiat	
R16	Les animations ne sont pas suffisantes et pas assez diversifiées entraînant une faible mobilisation et participation des résidents aux activités et animations proposées.	R16	Apporter une amélioration sur les animations offertes aux résidents, portant sur leurs nombres et sur leurs diversités.	3 mois	



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)
R17	L'organisation des régimes alimentaires n'est pas formalisée dans une procédure qui précise les rôles de chacun des professionnels impliqués (IDE, IDEC, AS, ADV et médecin).	R17	Formaliser dans une procédure les régimes alimentaires des résidents précisant le rôle de chacun des professionnels impliqués.	3 mois	
R18	La fréquence des commissions « menu » prévues deux fois par an n'est pas respectée.	R18	Respecter la fréquence des commissions « menu » prévues deux fois par an.	Immédiat	
E19	Les protocoles portant notamment sur les soins sont génériques et issus du logiciel TITAN. Ils ne sont pas actualisés, et leur accès par les agents de l'EHPAD n'est pas tracé. Ainsi, l'absence d'une démarche qualité organisée / structurante / formalisée / partagée au sein de l'établissement ne permet pas de garantir à la fois une qualité de prise en charge adaptée et la sécurité des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P19	Actualiser les protocoles portant sur les soins et tracer leur accès par chacun des agents de l'EHPAD amené à en prendre connaissance.	3 mois	
R19	Tous les professionnels soignants de l'EHPAD ne sont pas formés aux soins palliatifs	R19	Proposer aux professionnels soignants de l'Ehpad une formation aux soins palliatifs.	12 mois	
R20	Selon les entretiens, Il n'y pas de protocole concernant les changes qui sont programmés par l'IDE dans le plan de soins du résident.	R20	Elaborer un protocole concernant les changes qui sont programmés par l'IDE dans le plan de soins du résident.	3 mois	
R21	Tous les professionnels soignants ne sont pas formés au « risque suicidaire »	R21	Proposer aux professionnels soignants de l'Ehpad une formation au « risque suicidaire ».	12 mois	
R22	Plusieurs conventions de partenariat ne sont pas à jour.	R22	Mettre à jour les conventions avec les partenaires extérieurs.		