



Le directeur général

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

Madame la directrice
EHPAD « Les Ogiers »
173, rue des Ogiers
59170 CROIX

Lille, le 21 FEV. 2023

Mission : 2022_0412

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUE RECEPTION

Objet : mesures correctives à mettre en œuvre suite à l'inspection du 2 juin 2022 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) public autonome « Les Ogiers », situé au 173, rue des Ogiers à Croix (59170).

En décembre 2021, nous avons été alertés de dysfonctionnements susceptibles d'altérer la qualité de prise en charge des usagers accueillis au sein de l'EHPAD « Les Ogiers », situé au 173, rue des Ogiers à Croix (59170). En conséquence, nous avons décidé de diligenter une inspection conjointe au sein de cet établissement, en application des articles L. 331-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Cette inspection a été menée de manière inopinée et s'est déroulée sur site le 2 juin 2022. Eu égard à la gravité des constats établis, une lettre de mesure d'urgence, datée du 9 juin 2022, vous a été notifiée le 10 juin 2022. Par courrier reçu le 20 juin 2022, vous avez transmis des éléments de réponse qui, après analyse par la mission d'inspection, ont été jugés satisfaisants, sous réserve de la vérification ultérieure, sur place, de l'effectivité et de l'efficience des mesures ainsi initiées.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 16 novembre 2022. Par courrier reçu par nos services le 15 décembre 2022, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées. 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, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés à compter de la notification de la présente, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le Directeur Adjoint de l'Autonomie



Pierre LOYER

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

Inspection du 2 juin 2022 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Ogiers », situé au 173 rue des Ogiers à CROIX (59 170)

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	Ecarts	Prescriptions		
E1	L'absence de passage régulier par la hiérarchie dans les services ne permet pas un contrôle de la bonne réalisation effective des tâches incombant au personnel, ce qui ne permet pas de garantir un niveau de qualité de prise en charge satisfaisant des résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF et est contraire aux recommandations de la HAS.	P1 : Mettre en place un contrôle de l'activité effectif et régulier.	Sans délai	
E2	La gestion des remplacements (hors poste vacants) n'est pas organisée/formalisée, ce qui ne permet pas une organisation efficiente et pérenne de l'activité et de garantir une qualité de prise en charge au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P2 : Organiser et formaliser la gestion des remplacements	3 mois	
E3	En ne disposant pas de suffisamment d'espaces d'échanges formalisés, le lien entre les différents niveaux hiérarchiques de l'EHPAD est insuffisant pour garantir un partage optimal de l'information et une adhésion des professionnels aux décisions prises en matière de pilotage de l'établissement. Par ailleurs, le manque cumulatif d'organisation formalisée et de diffusion généralisée des divers supports de communication (compte-rendus, relevés de décisions...) ne favorise également pas ce partage et cette adhésion, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS. Ces dysfonctionnements ne contribuent pas à garantir de manière pérenne aux résidents une qualité de prise en charge adaptée, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	P3 : Mettre en place, de manière effective et pérenne, des espaces d'échanges formalisés structurants pour l'ensemble du personnel.	3 mois	
E4	Les absences de contribution du médecin coordonnateur à la mise en œuvre d'une politique de formation et de participation aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement sont contraires à l'article D. 312-158 du CASF.	P4 : Veiller à ce que le médecin coordonnateur exerce l'intégralité de ses missions.	3 mois	
E5	Les protocoles portant notamment sur les soins ne sont pas actualisés, connus, ni appliqués par les agents de l'EHPAD. Ainsi, l'absence d'une démarche qualité organisée/ structurante /formalisée/partagée au sein de l'établissement ne	P5 : Actualiser l'ensemble des protocoles. Veiller à leur diffusion en interne et à leur appropriation par le personnel concerné.	12 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	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.			
E6	Le manque de complétude du projet d'établissement ne répond pas aux exigences figurant à l'article L. 311-8 du CASF. De même, les lacunes dans le suivi opérationnel des objectifs fixés ne permettent pas de garantir, de manière pérenne, un niveau de qualité de prestation satisfaisant au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P6 : Etablir un projet d'établissement conforme à la réglementation en vigueur et mettre en place un suivi opérationnel rigoureux des objectifs fixés.	12 mois	
E7	Le règlement de fonctionnement est daté de septembre 2014 et n'a pas été renouvelé au terme des 5 ans, conformément à l'article R. 311-33 du CASF, ni actualisé.	P7 : Etablir un règlement de fonctionnement conforme à la réglementation en vigueur.	3 mois	
E8	En n'étant pas daté, 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 la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance et aux recommandations de la HAS.	P8 : Etablir un livret d'accueil conforme à la réglementation en vigueur.	8 mois	
E9	L'établissement n'élabore pas, ni n'actualise, de projets de vie individualisés pour l'ensemble de ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. Par ailleurs, la définition des objectifs et la révision des projets ne garantissent pas un suivi et une prise en charge satisfaisante, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.	P9 : Etablir et actualiser, pour l'ensemble des résidents, un projet de vie individualisé détaillé répondant aux besoins réels des usagers.	12 mois	
E10	Il n'existe pas de chariot d'urgence ni de dotation de médicaments d'urgence avec un contenu défini par le médecin coordonnateur et le pharmacien et une vérification régulière de stock, constituant ainsi un risque pour la sécurité des résidents au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P10 : Mettre en place, de manière organisée (traçabilité, inventaire, ...), un chariot d'urgence ainsi qu'une dotation de médicaments d'urgence.		
E11	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	P11 : Veiller à une traçabilité permanente et rigoureuse des températures de stockage des médicaments thermosensibles.		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	(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.			
E12	Le carnet de suivi du coffre à stupéfiants n'est pas à jour. En conséquence, l'établissement est dans l'incapacité de détecter tout vol ou détournement de médicaments classés comme stupéfiants et de le signaler sans délai aux autorités de police, à l'Agence régionale de santé et à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, conformément aux dispositions figurant à l'article R. 5132-80 du code de la santé publique (CSP).	P12 : Veiller à la complétude régulière et rigoureuse du carnet de suivi du coffre à stupéfiants.		
E13	L'absence de surveillance et d'aide des résidents par du personnel qualifié lors de la prise des repas présente un risque pour la sécurité des résidents et ne permet pas de garantir une qualité de prise en charge adaptée au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P13 : Veiller à la surveillance et à l'aide des résidents par du personnel qualifié lors de la prise des repas.	Sans délai	
E14	Il n'y a pas de cohérence suffisante dans la stratégie de prévention et prise en charge de la dénutrition : protocoles anciens et peu connus, suivi irrégulier du poids et de l'albumine, commission des menus irrégulière, politique non formalisée... Ces manquements ne permettent pas de garantir une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P14 : Veiller à la définition et à la mise en œuvre d'une stratégie efficiente de prévention et de prise en charge de la dénutrition	2 mois	
E15	L'absence systématique de traçabilité de l'hydratation des résidents (bouteilles distribuées non datées, non nominatives et non ramassées par le personnel), ne permet pas un suivi satisfaisant. Cela ne permet pas de garantir une qualité de prestation au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P15 : Mettre en place une traçabilité journalière et formalisée de l'hydratation des résidents.		
E16	Les manques d'entretien régulier des locaux et de respect des règles élémentaires d'hygiène/de traçabilité ne permettent pas de garantir aux résidents une qualité de prestation ainsi qu'un niveau de sécurité suffisants au sens de l'article L. 311-3 du CASF.	P16 : Veiller à l'entretien régulier des locaux et au respect des règles élémentaires d'hygiène et de traçabilité.	Sans délai	
E17	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.	P17 : Veiller à la fermeture des portes des locaux techniques.	Sans délai	
E18	La présence de médicaments dans la chambre d'un résident, hors période de soins, ne permet pas de garantir un niveau de sécurisation satisfaisant, ce qui	P18 : Veiller au strict respect des obligations réglementaires qui s'imposent aux	Sans délai	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	est contraire aux dispositions figurant aux articles L.311-3 du CASF et R.4312-39 du CSP.	infirmiers/infirmières, qui sont inhérentes à l'accès contrôlé et sécurisé aux médicaments.		
E19	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.	P19 : Actualiser les procédures et veiller à leur appropriation et à leur stricte application par l'ensemble du personnel.	3 mois	
E20	Les absences de traçabilité satisfaisante, d'actualisation de la procédure relative au signalement à l'ARS 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.			
E21	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.	P20 : Veiller à la mise en place opérationnelle d'une gestion rigoureuse et formalisée des réclamations des résidents et de leurs familles.	3 mois	
	Remarques	Recommandations		
R1	L'EHPAD ne dispose pas d'un organigramme détaillé et à jour, mentionnant les noms des agents, ce qui génère des imprécisions et des incohérences.	R1 : Actualiser l'organigramme.	3 mois	
R2	Les contrats courts (d'une semaine) et le turn-over importants des agents de service hospitalier ne permettent pas le développement des habitudes de travail et des compétences nécessaire à l'accomplissement des tâches qui leurs incombent.	R2 : Initier une réflexion sur cette thématique RH et définir un plan d'action.	Sans délai	
R3	Les fiches de poste sont méconnues de la plupart du personnel, hétérogènes sur la forme et le fond, non actualisées, et sont pour la plupart des fiches métiers très générales qui ne peuvent appuyer les professionnels dans leur pratique.	R3 : Etablir des fiches de postes homogènes pour chaque métier. Les faire signer à chaque agent.	12 mois	
R4	L'absentéisme n'a pas donné lieu à des analyses des causes et à la mise en place d'actions correctives.	R4 : Etablir une analyse des causes et procéder à la mise en place d'actions correctives.	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
R5	Il n'y a pas de répartition organisée des équipes de soins à la personne dans les différentes sections de l'établissement, ce qui peut engendrer des déséquilibres entre les charges de soins et les ressources humaines et, in fine, fragiliser la qualité et la sécurité des soins.	R5 : Initier une réflexion sur cette thématique et établir un plan d'action.	9 mois	
R6	La mission inspection n'a pas pu vérifier l'effectivité des plannings au vu des documents transmis par l'EHPAD.	R6 : Transmettre les plannings lisibles et clairs.		
R7	L'absence de démarche formalisée structurante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective, y compris sur la thématique de la bientraitance, est contraire aux recommandations de la HAS.	R7 : Mettre en place une démarche formalisée structurante en vue de favoriser une réflexion collective, y compris sur la thématique de la bientraitance.	6 mois	
R8	Les absences d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorisent pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS.	R8 : Mettre en place des instances de supervision ainsi que des groupes de parole ou d'analyse de pratiques.	3 mois	
R9	Le circuit du médicament comporte plusieurs anomalies : identitovigilance imparfaite lors de la distribution, absence de dates d'ouverture et péremption sur les flacons multidoses, absence de liste de médicaments écrasables.	R9 : Veiller à la mise en place d'un circuit du médicament conforme à la réglementation en vigueur et à un suivi rigoureux permanent de la part du personnel soignant.	Sans délai	
R10	La fréquence et l'indication des douches ne sont pas formalisées dans le cadre des soins à la personne et du projet individuel de soins, en corrélation avec les besoins identifiés.	R10 : Mettre en place une organisation formalisée et adaptée des douches.	3 mois	
R11	La prise en charge de l'incontinence ne fait pas l'objet d'une démarche d'évaluation globale et de diagnostic précis, qui respecte les besoins spécifiques, propres à chaque résident.	R11 : Veiller à une prise en charge de l'incontinence adaptée à chaque résident.	1 mois	
R12	La fréquence des commissions de menu ne correspond pas au rythme de renouvellement des cycles et plans de menus.	R12 : Veiller à une augmentation de la fréquence de réunion de la commission des menus.		
R13	Les lieux d'animation ne sont pas tous adaptés pour garantir la qualité d'accueil des résidents.	R13 : Réorganiser les lieux d'animation.	Sans délai	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
R14	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.	Cf. P19		
R15	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.	Cf. P19		