



**Le directeur général**

Réf : 2024-DD62-CW  
Mission n°2024-HDF-00444



**Le président du conseil départemental**

Lille, le

**LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2024, l'EHPAD « Fondation Sainte Marie », situé au 50, rue Victor Hugo à Douai, a été inspecté le 28 juin 2024 afin de vérifier les conditions de prise en charge, de sécurité et de bien-être des résidents.

Cet établissement 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 notamment que les conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge de personnes accueillies ou le respect de leurs droits.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 25 septembre 2024.

Par courriel reçu le 4 octobre 2024, vous avez présenté vos observations concernant 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, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

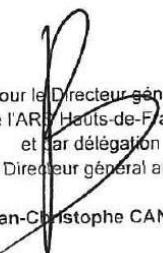
Monsieur Sylvain RIGAULT  
Directeur de l'EHPAD  
Fondation Sainte Marie  
50, rue Victor Hugo  
59500 DOUAI

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Nord, par la direction 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 ainsi que les documents demandés 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.

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.

Pour le président du conseil départemental et par délégation, le directeur de l'autonomie

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

Pierre LOYER

Pièce jointe :

- tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre**

**Inspection du 28 juin 2024 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Fondation Sainte Marie »  
situé au 50, rue Victor Hugo à Douai.**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		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)
	Ecarts	Prescriptions		
E1	En disposant d'un registre complété de manière aléatoire concernant les entrées et sorties des résidents, non coté ni paraphé par le maire, l'établissement contrevient avec les dispositions des articles L.331-2 et R.331-5 du CASF.	<u>Prescription n°1</u> : Mettre en place un registre complété de manière récurrente, coté et paraphé.	3 mois	
E2	En n'affichant pas les résultats des enquêtes de satisfaction, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D.311-15 du CASF.	<u>Prescription n°2</u> : Afficher les résultats des enquêtes de satisfaction.	/	/
E3	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°3</u> : Rendre accessible, en tous points de la chambre des résidents, les systèmes d'appel mis à leur disposition.	3 mois	

E4	En ne sécurisant pas l'accès à la vanne de gaz de la chaufferie se trouvant dans le jardin de l'UVA, l'établissement n'assure pas la sécurité des résidents, conformément à l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°4 :</u> Sécuriser l'accès à la vanne de gaz de la chaufferie se trouvant dans le jardin de l'UVA et fermer la porte du grenier donnant sur l'extérieur.	/	/
E5	L'établissement n'élabore pas de projets de vie individualisés pour tous ses résidents ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D.312155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°5 :</u> Elaborer des projets de vie individualisés pour l'ensemble des résidents de l'établissement.	6 mois	
E6	L'absence de traçabilité satisfaisante et de procédure de gestion des événements indésirables 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 contraire aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°6 :</u> Procéder à la formalisation d'une procédure de gestion des événements indésirables à communiquer à l'ensemble des professionnels et favoriser leur traçabilité et suivi.	6 mois	
E7	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°7 :</u> Mettre en place une traçabilité effective de l'hydratation des résidents.	/	/

E8	Le temps de présence du médecin coordonnateur de 0,5 ETP n'est pas conforme aux dispositions figurant à l'article D.312-156 du CASF.	<u>Prescription n°8 :</u> Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur.	6 mois	
E9	Les conditions d'accès aux dossiers médicaux sous format papier ne garantissent pas le respect des dispositions de l'article L.1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical.	<u>Prescription n°9 :</u> Sécuriser et fermer systématiquement l'armoire stockant les dossiers médicaux « papiers ».	/	/
E 10	Le manque de suivi de la traçabilité des températures des réfrigérateurs du local de soins 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.	<u>Prescription n° 10 :</u> Mettre en place une traçabilité effective du suivi des températures des réfrigérateurs du local de soins.	/	/
E 11	En ne disposant pas d'un projet d'établissement personnalisé et élaboré avec la participation du personnel et des personnes accueillies, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 311-38-3 du CASF.	<u>Prescription n° 11 :</u> Travailler, de manière concertée, avec les professionnels et les personnes accueillies à un projet d'établissement davantage personnalisé au fonctionnement de l'établissement.	9 mois	

E 12	<p>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, et en l'absence d'une annexe relative aux personnes qualifiées, 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.</p>	<p><u>Prescription n° 12 :</u> Compléter le livret d'accueil afin qu'il soit conforme à l'article D. 311-39 du CASF et 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.</p>	/	/
R1	<p>L'absence d'affichage clair du programme des animations de la semaine constitue un manquement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS (HAS, « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) », novembre 2018</p>	<p><u>Recommandation n° 1 :</u> Rendre plus accessible et visible le programme des animations de la semaine</p>	/	/
R2	<p>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.</p>	<p><u>Recommandation n°2 :</u> Mettre en place un processus de remontée, de suivi et de partage systématique aux professionnels concernant les événements indésirables.</p>	6 mois	

R3	<p>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.</p>	<p><u>Recommandation n°3</u> : Mettre à disposition des usagers un registre leur permettant de s'exprimer et mettre en place une analyse et un suivi des réclamations.</p>	/	/
R4	<p>En l'absence d'information / sensibilisation à destination du personnel sur les modalités d'accès aux procédures qualité et sur leur contenu, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS (« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » - juillet 2008) et de la DGAS.</p>	<p><u>Recommandation n°4</u> : Informer et sensibiliser les professionnels sur les modalités d'accès aux procédures qualité et à leur contenu.</p>	9 mois	
R5	<p>En ne disposant pas d'une procédure actualisée et validée décrivant les différentes étapes du circuit du médicament, l'établissement ne dispose pas d'éléments constitutifs de la qualité de ce circuit.</p>	<p><u>Recommandation n°5</u> : Rédiger une procédure actualisée et validée décrivant les différentes étapes du circuit du médicament.</p>	3 mois	

R6	<p>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.</p>	<p><u>Recommandation n°6</u> : Formaliser davantage les échanges réalisés entre équipe.</p>	Immédiat	
----	--	---	----------	--