

## Le directeur général

Réf : 2023-D3SE-SDIC-LC  
Mission n° 2023\_HDF\_00260.



## La présidente du conseil départemental

Lille, le

### LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2023, l'EHPAD « les jardins d'Eugénie », situé à Pierrefonds, a été inspecté le 28 novembre 2023 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 correctives envisagées vous ont été notifiés le 01/03/2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que nous vous demandons de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

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.

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 général de l'agence régionale de santé préside.

Monsieur Stéphane GILIBERT  
EHPAD Les jardins d'Eugénie  
Rue du 8 mai 1945 – BP 10  
60350 PIERREFONDS

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 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 :  
Tableau listant les mesures correctives

**Mesures correctives**  
**Inspection du 28 novembre 2023 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**  
**(EHPAD) « les jardins d'Eugénie », situé à Pierrefonds.**

Ecart (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
	Ecart	Prescriptions	
E1	<b>Ecart N°1 :</b> Il n'est pas tenu de registre, coté et paraphé tenu en permanence à la disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes., où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie conformément au <b>L331-2 du CASF</b>	<b>Prescription N°1</b> <b>Tenir à jour un registre, coté et paraphé, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie conformément au</b> <b>L331-2 du CASF</b>	3 mois
E2	<b>Ecart N° 2:</b> L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	<b>Prescription N°2 :</b> <b>Elaborer un projet de soins conformément aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF</b>	3 mois

E3	<p><b>Ecart N°3</b></p> <p>Le règlement de fonctionnement remis à la mission n'est pas daté et ne comprend pas de date de périodicité de renouvellement. Il n'est donc pas possible de savoir s'il a été renouvelé et a été actualisé au terme des 5 ans conformément à l'article R. 311-33 du CASF-L 'affichage du règlement de fonctionnement ne permet pas sa prise de connaissance.</p>	<p><b>Prescription N°3 :</b></p> <p>Réviser, actualiser le règlement de fonctionnement de manière à le rendre conforme au CASF Le dater et le signer</p> <p>Le rendre accessible à la consultation des résidents, des proches et familles des résidents ainsi que des membres de l'équipe de l'EHPAD</p>	3 mois
E4	<p><b>Ecart N° 4:</b></p> <p>En ne précisant pas 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, 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<sup>1</sup> et aux recommandations de la HAS<sup>2</sup>. Par ailleurs, celui-ci n'a pas été actualisé.</p>	<p><b>Prescription N°4</b></p> <p>Réviser le livret d'accueil afin de le rendre conforme aux recommandations de l'HAS, à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 et aux disposition des articles D. 311-0-4 et D. 311-39 du CASF</p> <p>Préciser les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, les coordonnées des autorités administratives et actualiser le règlement de fonctionnement</p>	3 mois

<sup>1</sup> Instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. <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.

E5	<b>Ecart N°5:</b> <b>L'absence d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie est contraire aux dispositions figurant à l'article L.311-4 du CASF.</b>	<b>Prescription N°5 :</b> <b>Afficher la charte des droits et libertés de la personne accueillie conformément à l'article L.311-4 du CASF</b>	immédiat
E6	<b>Ecart N°6 :</b> <b>Au regard des éléments transmis Le CVS ne s'est réuni que deux fois en 2023 Il n'y a pas eu de compte rendu rédigé pour la dernière séance</b> <b>Ces faits ne sont pas conformes aux exigences des articles. L.311-6, D.311-3 et suivants CASF</b>	<b>Prescription N°6 :</b> <b>Réunir à minima le CVS 3 fois par an et établir des comptes rendus pour chaque CVS</b>	3 mois
E7	<b>Ecart N°7</b> <b>Au regard des éléments transmis et de la visite effectuée</b> <b>Il n'existe pas diffusion d'une culture de la bientraitance : absence de charte de bientraitance portée à la connaissance des</b>	<b>Prescription N°7 :</b> <b>S'engager dans l'élaboration et la diffusion d'une culture de la bientraitance</b> <b>-élaborer et faire connaître la charte de bientraitance aux résidents et au personnel de la structure</b>	

	<p>usagers et du personnel de la structure, ce qui est un préalable et une étape dans la diffusion d'une culture de la bientraitance</p> <p>Le numéro d'appel maltraitance 3977 en n'étant pas affiché dans le hall d'entrée et dans les parties communes est donc inaccessible aux familles et proches.</p> <p>Cette absence d'affichage et de diffusion d'une culture de la bientraitance est contraire aux recommandations de la HAS<sup>3</sup>et à l'article L311-3 du CASF</p>	<p>-Afficher la charte de bientraitance et le numéro d'appel du 3977 dans le hall d'entrée</p>	immédiat
E8	<p><b>Ecart N°8 :</b></p> <p>-En l'absence de traçabilité satisfaisante, de procédure de gestion des EI , d'analyse globale régulière, de partage d'information en interne sur les événements indésirables déclarés, l'organisation de la gestion des événements indésirables ne permet ni une gestion optimum et exhaustive des signalements, ni un suivi optimal des mesures correctives mises en place, 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<sup>4, 5, 6</sup>.</p>	<p><b>Prescription N°8 :</b></p> <p>Mettre en place un dispositif opérationnel de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG (traçabilité, retour systématique auprès des équipes sur les suites données à une remontée d'informations ,analyse globale régulière)</p>	3 mois

<sup>3</sup> HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

E9	<b>Ecart N°9 :</b> <b>L'absence d'organisation rigoureuse du suivi de l'hydratation des résidents avec une traçabilité ad hoc ne permet pas de garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité sur cette thématique, adaptés à l'âge et aux besoins des résidents, tels que prévus à l'article L.311-3 du CASF</b>	<b>Prescription N°9 :</b> <b>Améliorer la surveillance et la traçabilité de l'hydratation des résidents</b>	3 mois
----	--	--	--------

<sup>4</sup> HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

<sup>5</sup> HAS « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » - juillet 2008. <sup>6</sup>

HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008 ; HAS « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » - juillet 2008.

E10	<b>Ecart N°10 :</b> <b>Le temps de présence du médecin coordonnateur de 0 ,2 ETP n'est pas conforme aux dispositions figurant à l'article D.312-156 du CASF.</b>	<b>Prescription N°10</b> <b>Augmenter le temps de médecin coordonnateur de manière qu'il atteigne le niveau de temps prévu par les textes</b>	6 mois
-----	---	--	--------

E11	<b>Ecart N°11 :</b> <b>Les dossiers médicaux des résidents se situent dans une armoire sans porte dans la salle de soins infirmiers qui, elle dispose d'un verrou mais qui est accessible potentiellement à l'ensemble des soignants, ainsi qu'au personnel d'entretien des locaux ; Les conditions de stockage des dossiers médicaux des personnes prises en charge ne sont pas suffisantes en terme de confidentialité ( article R 4127-45 du CSP)</b>	<b>Prescription N°11:</b> <b>Sécuriser l'accès à l'ensemble des dossiers médicaux</b>	Immédiat
E12	<b>Ecart N°12 :</b> <b>En ne disposant pas d'équipement permettant d'éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et dispositifs médicaux, l'EHPAD ne satisfait pas aux prévues à l'article R. 4312-39 du CSP</b>	<b>Prescription N°12:</b> <b>Sécuriser l'accès à l'ensemble des médicaments et aux dispositifs médicaux</b>	immédiat



E13	<b>Ecart N°13</b> <b>La mise en conformité de la salle de restauration n'est pas encore réalisée ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3 du CASF</b>	<b>Prescription N°13</b> <b>Engager les travaux nécessaires à la levée des prescriptions de la dernière commission de sécurité</b> <b>Transmettre aux autorités de régulation (ARS et conseil départemental) l'ensemble des pièces relatives à la levée de l'avis défavorable de la commission de sécurité</b>	3 mois
-----	--	--	--------

E1	<b>Ecart N°14</b> <b>Le consentement des résidents n'est pas systématiquement sollicité sur des actes susceptibles d'impacter le respect de la vie privée ou l'intimité des résidents ce qui est contraire à l'article L311-3 du CASF</b>	<b>Prescription N°14</b> <b>Veiller à solliciter systématiquement le consentement des résidents pour les actes susceptibles d'impacter le respect de la vie privée ou l'intimité des résidents</b>	immédiat
----	--	---	----------

R1	<p><b>Remarque N°1</b></p> <p><b>Les comptes rendus des réunions transmis sont très succincts et ne permettent pas d'appréhender leur contenu et donc de s'assurer de l'effectivité de l'organisation, de la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des usagers</b></p> <p><b>Le contenu des comptes rendu ne facilite ni la communication interne ni la diffusion de l'information pas à coordination des équipes et à la continuité de l'activité en cas de remplacement ou d'absence</b></p>	<p><b>Recommandation N°1 :</b></p> <p><b>Rédiger des comptes rendus de réunions plus détaillées, pour s'assurer de l'appropriation des consignes dans leur intégralité par le personnel absent.</b></p>	3 mois
----	---	---	--------

R2	<p><b>Remarque N°2 :</b></p> <p><b>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>2</sup>.</b></p>	<p><b>Recommandation N°2:</b></p> <p><b>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</b></p>	6 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.

R3	<p><b>Remarque N°3:</b></p> <p><b>Il n'existe pas de dispositif opérationnel de recueil / d'analyse et de suivi des réclamations des usagers (dont retour d'information aux familles) et une insuffisante traçabilité de réponse aux courriers de réclamations</b></p> <p><b>En l'absence d'une gestion des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS<sup>8</sup>, l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.</b></p>	<p><b>Recommandation N°3:</b></p> <p><b>Mettre en place un dispositif opérationnel de recueil / d'analyse et de suivi des réclamations des usagers (dont retour d'information aux familles) et une traçabilité systématique des réponses aux courriers de réclamations</b></p>	3 mois
R4	<p><b>Remarque N°4 :</b></p> <p><b>La bonne utilisation des médaillons suppose de vérifier régulièrement que les résidents les ont bien sur eux ce qui s'avère difficile en pratique</b></p>	<p><b>Recommandation N°4 :</b></p> <p><b>Engager une réflexion sur la manière de sécuriser l'utilisation des appels malades</b></p>	Immédiat

<sup>8</sup> HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - septembre 2008.

R5	<b>Remarque N°5 :</b> Il n'existe pas d'analyse des temps de réponse effectué par la direction de l'établissement	<b>Recommandation N°5 :</b> Vérifier que le système d'appel malade en place permet une extraction des informations relatives aux appels et aux réponses effectuées en terme de délai de manière à analyser régulièrement le bon fonctionnement du dispositif et les temps de réponse aux appels malades	3 mois
R6	<b>Remarque N°6:</b> Le projet (PAP) n'est pas systématiquement présenté au reste de l'équipe faute de temps dédié en réunion	<b>Recommandation N°6 :</b> Dédier un temps régulier et systématique à la présentation, à la mise en œuvre et au suivi du projet en équipe pluridisciplinaire	3 mois
R7	<b>Remarque N°7</b> Les transmissions du matin et du soir ne sont pas incluses dans les temps de travail des personnels	<b>Recommandation N°7</b> Engager une réflexion avec les équipes visant à permettre d'organiser des transmissions incluses dans les temps de travail des équipes	3 mois

R8	<b>Remarque N°8:</b> Il existe un dossier de liaison d'urgence (DLU) pour chaque résident mais selon les informations portées à la connaissance de la mission, il n'est pas mis à jour régulièrement.	<b>Recommandation N°8 :</b> Actualiser régulièrement le DLU de manière à ce qu'il soit complet en cas de besoin	Immédiat
R9	<b>Remarque N°9</b> La conduite à tenir n'est ni connue ni appliquée en cas de dépassement des seuils de T°C	<b>Recommandation N°9</b> Appliquer les conduites à tenir en cas de dépassement des seuils de T°C à savoir contacter immédiatement le pharmacien pour savoir ce qui doit être détruit, stocker provisoirement les médicaments dans un frigo en bon état de fonctionnement)	Immédiat