

**Le Directeur général**

**Le Président du Conseil départemental  
Pôle Solidarités - Direction de  
l'Autonomie et de la Santé**

Lille, le 04/11/2022

Réf : 2022-Direction de la sécurité sanitaire  
Et de la santé environnementale-YM  
Sous-direction inspection contrôle  
Mission n° 2022\_HDF\_0035

**Objet : Mesures correctives suite à l'inspection du 15 février 2022 de l'EHPAD « Saint-Jean » ORPEA à Saint-Omer**

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle de l'ARS des Hauts de France pour l'année 2022, l'EHPAD « Saint Jean » ORPEA, situé au n°37 Rue de Valbelle, 62500 Saint-Omer a fait l'objet d'une inspection sur la base de l'article L.313-13 et suivants du CASF.

Cette inspection a eu lieu d'une manière inopinée le 15 février 2022 et avait pour objectif de vérifier :

- 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,
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Monsieur le Directeur général, ORPEA  
12 rue Jean Jaurès - CS 10032  
92 813 Puteaux Cedex

Par courriers des 9 et 16 juillet 2022, vous nous avez fait part de vos observations et transmis des justificatifs. Toutefois, les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes pour garantir le respect des dispositions réglementaires en vigueur portant sur la prise en charge médicale et paramédicale des résidents.

Lors de cette inspection, il est apparu que la prise en charge de ces résidents était carencée, notamment sur les points suivants de la prise en charge médicale et paramédicale :

- absence de médecin coordonnateur,
- administration des médicaments,
- effectif qualifié et suffisant,
- suivi des résidents (troubles de la déglutition, douleurs, contention ...),
- coordination des soins médicaux et paramédicaux.

Le rapport d'inspection n'est pas modifié. Vous trouvez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

En application de l'article L.313-14 du CASF, nous vous enjoignons dans un délai d'un mois de transmettre un plan d'actions permettant de garantir aux résidents une prise en charge médicale et paramédicale optimale, au travers des effectifs soignants et médicaux, de l'administration des traitements, de l'évaluation des troubles des résidents (déglutition, douleurs, contention ...) et de la coordination des professionnels de santé.

A ce titre, nous vous demandons également de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe. Le contrôle de leur effectivité de mise en place sera assuré conjointement par mes collaborateurs du Pôle de Proximité de la direction de l'offre médico-sociale de l'ARS et les professionnels du Conseil Départemental du Pas-de-Calais.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection présidée par le directeur général de l'ARS.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de leur notification.

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

Pour le Président du Conseil départemental,  
Le Directeur du Pôle Solidarités

Patrick GENEVAUX

Pièce(s) jointe(s):

- le tableau listant les mesures correctives dont l'injonction.

**Le Directeur général**

**Le Président du Conseil départemental  
Pôle Solidarités - Direction de  
l'Autonomie et de la Santé**

**Madame, Christine DARRAS  
Présidente du CVS  
EHPAD « Saint-Jean » ORPEA  
37 Rue de Valbelle 62500 Saint-Omer**

Lille, le **04 | 11 | 2022**

*Réf : 2022-Direction de la sécurité sanitaire  
Et de la santé environnementale-YM  
Sous-direction Inspection contrôle  
Mission n° 2022\_HDF\_0035*

**Madame la Présidente du Conseil de Vie Sociale,**

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle de l'ARS des Hauts de France pour l'année 2022, l'EHPAD « Saint Jean » ORPEA, situé au n°37 Rue de Valbelle, 62500 Saint-Omer a fait l'objet d'une inspection sur la base de l'article L.313-13 et suivants du CASF.

Cette inspection a eu lieu d'une manière inopinée le 15 février 2022 et avait pour objectif de vérifier :

- 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,
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées ont été notifiés le 1<sup>er</sup> juillet 2022 au directeur général du groupe ORPEA. Nous vous informons par ce courrier qu'à la suite de la procédure contradictoire grâce à laquelle l'établissement a pu faire connaître ses observations, nous avons pris des décisions de mesures à mettre en œuvre pour améliorer les conditions de prise en charge des résidents au sein de l'EHPAD « Saint-Jean ».

Conformément aux dispositions de l'article L.313-14 du CASF, nous avons décidé d'enjoindre l'établissement de nous transmettre un plan d'actions permettant de garantir aux résidents une prise en charge médicale et paramédicale optimale, au travers des effectifs soignants et médicaux, de l'administration des traitements, de l'évaluation des troubles des résidents (déglutition, douleurs, contention ...) et de la coordination des professionnels de santé.

Le contrôle de l'effectivité de mise en place de ces mesures sera assuré conjointement par mes collaborateurs du Pôle de Proximité de la direction de l'offre médico-sociale de l'ARS et les professionnels du Conseil Départemental du Pas-de-Calais.

Nous vous laissons transmettre ce courrier à l'ensemble des membres du Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD.

Nous vous informons que cet établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection présidée par le directeur général de l'ARS.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente du CVS, 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 le Président du Conseil départemental,  
Le Directeur du Pôle Solidarités



Patrick GENEVAUX

**Mesures correctives suite à l'inspection du 15 février 2022  
de l'EHPAD « Saint-Jean » ORPEA à Saint-Omer dans le Pas-de-Calais**

	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
I1	<p><b>Ecart n°5 :</b> La participation des auxiliaires de vie aux soins de nursing est contraire aux dispositions des articles L.312-1 du CASF et R.4311-4 du CSP et de l'arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. La participation à la prise en charge des résidents par des personnels non qualifiés est contraire aux dispositions de l'article L.312-1 du CASF.</p> <p><b>Remarque n°16 :</b> L'affectation des agents (AS, AES, AMP, ADV, ASH) aux étages ne prend pas en compte la charge du travail et le degré de dépendance des résidents (niveau du GIR par étage) et ne propose pas de rotation des équipes. De plus, les plannings ne sont pas communiqués à l'avance aux agents (Quid de la QVT).</p> <p><b>Remarque n°17:</b> L'absentéisme n'a pas donné lieu à des analyses des causes, en lien notamment avec la médecine du travail et la mise en place d'actions correctrices.</p> <p><b>Ecart n°6 :</b> Les AS qui administrent les médicaments la nuit ne sont pas formés au bon usage du médicament tel que prévu par les recommandations ANESM-</p>	<p><b>Injonction n°1 :</b> Garantir aux résidents une prise en charge paramédicale et médicale optimale. Les prises en charge doivent se traduire par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'arrêt des glissements de tâches,</li> <li>- la prise en compte de la charge de travail dans l'affectation des agents aux différents services,</li> <li>- la mise en place d'une analyse des causes de l'absentéisme,</li> <li>- la sécurisation du circuit du médicament (formation des agents, protocole de collaboration entre AS et IDE),</li> <li>- la constitution et la fidélisation d'un vivier de remplaçants qualifiés.</li> <li>- la mise en place une politique RH favorable à la qualité de vie au travail,</li> <li>- l'élaboration et la transmission à la mission d'inspection un protocole relatif à la politique de remplacement,</li> <li>- l'intégration des horaires de pause aux plannings,</li> <li>- la présence d'un effectif d'agents nécessaire à la prise en charge des résidents, tout au long de la journée et la nuit,</li> <li>- le respect des dispositions relatives au financement du forfait soins portant notamment sur les postes de médecin coordonnateur et de psychomotricienne,</li> <li>- le respect des dispositions de l'article D.312-158</li> </ul>	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	



	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>charge et au manque de reconnaissance ne garantissent pas un accompagnement de qualité.</p> <p><b>Remarque n°31</b> : Le sous-effectif chronique impacte négativement et de façon récurrente la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels.</p> <p><b>Remarque n°34</b> : Les effectifs présents sont insuffisants, au regard du nombre de résidents et de leur niveau de dépendance.</p> <p><b>Ecart n°8</b> : Les dotations versées pour financer un poste de médecin coordonnateur (0.40 ETP en 2019 et 0,50 ETP en 2020 et prestations de psychomotricienne ne sont toujours pas dépensées par l'EHPAD dans le cadre de la section soins financée par l'ARS. Ce qui est contraire aux dispositions des articles R314-159 et R314-160 du CASF.</p> <p><b>Ecart n°10</b> : En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'EHPAD contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF. De plus, les nouveaux résidents ne bénéficient pas d'une réévaluation gériatrique, ni d'examen clinique lors de leur admission afin d'évaluer la compatibilité de l'état de leur santé avec la prise en charge proposée par l'établissement. Cette organisation n'est pas compatible avec le décret no 2019-714 du 5 juillet 2019 (médecin coordonnateur). De plus, du fait de l'absence d'un médecin coordonnateur attitré à l'EHPAD, la mission s'interroge sur l'effectivité d'un accompagnement optimal des résidents et des équipes, en ce qui concerne notamment les soins</p>			

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>complexes (escarres, dénutrition, soins palliatifs, etc.).</p> <p><b>Remarque n°36 :</b> L'absence de médecin coordonnateur sur place ne garantit pas une prise en charge optimale des contentions.</p> <p><b>Remarque n°47 :</b> En l'absence de médecin coordonnateur, l'évaluation de l'état nutritionnel des résidents n'est pas garantie.</p> <p><b>Remarque n°49 :</b> L'absence de médecin coordonnateur sur place, couplé au manque de personnel (absents non remplacés) interrogent la mission sur l'effectivité de la prise en compte des besoins des résidents sur le plan alimentaire. L'EHPAD est marqué par l'absence de coordination entre les IDE, les médecins traitants, le service restauration et l'ergothérapeute (non recruté au jour de l'inspection). Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » : « .. d'identifier les points de coordination « critiques » impliquant des professionnels de métiers différents, tels que tous les acteurs intervenant autour du repas (médecin coordonnateur, diététicien, ergothérapeute, infirmier, aide-soignant...), p 14, février 2009 ».</p> <p><b>Remarque n°56 :</b> En l'absence de médecin coordonnateur, l'évaluation périodique et la prise en charge de la douleur n'est pas organisée au sein de</p>		1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>l'EHPAD. Les programmes MOBIQUAL, tels que l'outil douleur « Programme Mobiqua, DGS SFGG, 2010 » ne sont pas utilisés.</p> <p><b>Remarque n°42 :</b> L'effectif d'agents mobilisés pour les aides aux repas est insuffisant, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS - ANESM Volet 2, pp 32/33, juin 2011.</p> <p><b>Remarque n°48 :</b> La réévaluation des plans de soins ne donne pas lieu à une coordination structurée entre notamment les IDE, les AS, les ADV. Tous les plans de soins ne comportent pas d'informations portant par exemple sur la mise en place d'actions et le processus de leur évaluation dans le temps.</p> <p><b>Ecart n°12 :</b> La coordination du travail et des soins (élaboration et déclinaison des plans de soins) entre les AS, les IDE et l'IDEC n'est pas mise en place d'une manière efficace au sein de l'EHPAD. De même que l'IDEC ne supervise pas les IDE d'une manière systématique et structurée, les IDE ne supervisent pas d'une manière systématique le travail des AS en ce qui concerne notamment la surveillance de l'état nutritionnel des résidents en cas de perte de poids, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-3 du CSP.</p> <p><b>Remarque n°59 :</b> L'absence de psychomotricienne et d'ergothérapeute ne permet pas à l'EHPAD de travailler sur l'autonomie des résidents de façon optimale et plus particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer (activité physique adaptée, marche, aides aux</p>		1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>repas ...). Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS -ANESM, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », p 14 et p 21.</p> <p><b>Remarque n°60 :</b> Le poste d'ergothérapeute est financé sans recrutement effectif.</p> <p><b>Ecart n°1 :</b> Le poste AS (aide-soignante) « référente changes/protections » est un poste à financement soins par l'ARS. Or, celui-ci est affecté à des missions d'hébergement, dont le financement relève du conseil départemental. Cette AS occupe les missions d'une « maîtresse de maison ou gouvernante », sans en avoir la reconnaissance. Le gestionnaire justifie cette situation en précisant que son poste est financé par le soin. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R.314159 à R.314-164 du CASF.</p>		<p>1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p> <p>1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>	

	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
			1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	
			1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
R1	<p><b>Remarque n°1 :</b> Le projet d'établissement 2018/2023 ne mentionne pas sa présentation aux instances ni sa date de validation.</p> <p><b>Remarque n°2 :</b> L'EHPAD a élaboré un projet de soins faisant partie du projet d'établissement. Cependant, ce document ne précise pas, notamment, les objectifs escomptés, les actions à mettre en place, les acteurs en charge de la déclinaison de ce projet, ni d'indicateurs pondérés pour mesurer les différentes étapes relatives à cette déclinaison.</p>	<p><b>Recommandation n°1 :</b> Présenter le projet d'établissement aux instances représentatives telles que le CVS (conseil de vie sociale) de l'EHPAD.</p> <p>Mentionner dans le projet de soins des objectifs mesurables avec des indicateurs pondérables relatifs aux différentes thématiques de santé et de prévention. La déclinaison de ces thématiques doit se faire d'une manière coordonnée et participative, par notamment la désignation de référents.</p>	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R2	<p><b>Remarque n°3 :</b> La gouvernance de l'EHPAD est en partie informelle. Cette organisation ne permet pas aux salariés, ni aux familles de repérer les membres de la direction en fonction de leurs compétences et domaines d'activités. Cette organisation rend difficile le pilotage des différents programmes, elle n'est pas conforme aux recommandations de la HAS - ANESM Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées,</p>	<p><b>Recommandation n°2 :</b> Mettre en place une gouvernance structurée et visible tant pour les usagers que pour les salariés, par notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'affichage de l'organigramme dans les locaux,</li> <li>- la communication formelle sur l'exercice de l'intérim en l'absence de la directrice,</li> <li>- la formalisation et la structuration des relations entre la direction et le service restauration.</li> </ul>	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire	

	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>juin 2008 : « 2.3. Identifier et mobiliser les différents niveaux de responsabilités pour la mise en œuvre de la stratégie d'adaptation à l'emploi La mise en œuvre d'une stratégie suppose que soient clairement identifiés les rôles et responsabilités des différents acteurs : encadrement intermédiaire, techniciens experts, direction et administrateurs. Les délégations de suivi de la mise en œuvre sont repérées et font l'objet de bilans, p13 ».</p> <p><b>Remarque n°4 :</b> L'organigramme n'est pas mis en évidence au sein de l'EHPAD, afin de permettre, notamment aux résidents, leurs familles et aux médecins traitants de repérer le personnel. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM Volet 2 p 4, juin 2011 et Volet 4, p 68, septembre 2012.</p> <p><b>Remarque n°5 :</b> En l'absence de la directrice, aucune personne n'est identifiée pour faire l'intérim. Le jour de l'inspection la mission a constaté que la directrice et l'IDEC avaient posé le même jour un congé. De plus, l'EHPAD n'est pas doté d'une directrice adjointe et les missions de la secrétaire de direction ne sont pas clairement identifiées. Cette organisation ne permet pas aux résidents, aux familles, ni aux salariés des repères institutionnels en matière de gestion des ressources humaines : gestion des absences et des événements indésirables.</p> <p><b>Remarque n°41 :</b> Les relations entre les agents chargés des soins, de la direction et le service restauration ne sont pas structurées ni formalisées.</p>			

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
P1	<b>Ecart n°2</b> : L'établissement n'organise pas d'une manière régulière des réunions de l'instance « CVS » au moins 3 fois par an, conformément à l'article D311-16 du CASF.	<b>Prescription n° 1</b> : Organiser les réunions des membres du CVS conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R3	<b>Remarque n°6</b> : L'EHPAD n'a pas organisé d'enquête de satisfaction en 2021.	<b>Recommandation n°3</b> : Organiser une enquête de satisfaction, globale ou thématique, a minima une fois par an, pour évaluer la satisfaction des résidents et familles au regard des prestations servies.		
R4	<p><b>Remarque n°7</b> : Les documents portant sur la prévention et le traitement de la maltraitance sont protocolisés par le siège. Leur appropriation par le personnel de l'Ehpad n'est pas effective. Réf. HAS - ANESM : Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008, p 20 : « Aménager des modes de participation des personnels pour la co-construction et la production des documents institutionnels liés aux pratiques relatives aux populations accompagnées. La production, l'actualisation des documents institutionnels sont autant de moments propices pour reconsidérer et interroger les pratiques avec les populations accompagnées ».</p> <p><b>Remarque n°8</b> : Tout le personnel de l'EHPAD n'a pas connaissance du numéro d'appel national 3977.</p> <p><b>Remarque n°24</b> : Le référent bientraitance n'est pas identifié par les agents, ni les résidents et leurs familles. De plus, tous les agents ne sont pas formés à la prévention de la maltraitance et la</p>	<p><b>Recommandation n°4</b> : Mettre en place une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance, par notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'élaboration d'outils internes dans le cadre d'une démarche participative avec les professionnels de l'EHPAD,</li> <li>- la formation des professionnels de l'EHPAD,</li> <li>- l'affichage du numéro d'appel national 3977,</li> <li>- la communication sur le ou les référent(s) bientraitance.</li> </ul>	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	promotion de la bientraitance.			
P2	<p><b>Remarque n°9</b> : L'EHPAD n'a pas mis en place une politique de qualité et gestion des risques. L'encadrement n'organise pas d'audit sur la qualité du travail.</p> <p><b>Ecart n°3</b> : Les documents relatifs au signalement des événements indésirables graves ne sont pas conformes à ceux mentionnés dans le décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016. De plus, le signalement des EIG n'est pas fait sans délai, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.1413-14 et R.1413-68 &amp; suivants du code de la santé publique.</p> <p><b>Remarque n°10</b> : Tous les protocoles qualité sont rédigés par le siège ORPEA. Ils ne sont pas inscrits dans une démarche d'élaboration participative. De plus, ils ne sont pas connus par tous les salariés. Aucune démarche évaluative n'est mise en place.</p> <p><b>Remarque n°14</b> : Tous les agents ne signalent pas d'une manière systématique à la hiérarchie les événements indésirables et les événements indésirables graves, par peur de représailles, et du fait d'un management jugé par les agents autoritaire et non bienveillant ne favorisant pas la communication et les déclarations.</p>	<p><b>Prescription n°2</b> : Mettre en place une politique de qualité et de gestion des risques dans tous les processus de prise en charge et d'hébergement des résidents, par notamment les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organiser d'une manière régulière des audits qualité, par thématique, métier...</li> <li>- structurer la mise en place des protocoles qualité dans le cadre d'une démarche participative permettant aux agents de se les approprier</li> <li>- inciter et sensibiliser les agents à signaler systématiquement les EI et les EIG, en instaurant un climat de confiance (cf. principe de non-punition)</li> </ul>	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
P3	<b>Ecart n°4 :</b> La convention entre l'EHPAD et une pharmacie d'officine ne désigne pas de pharmacien référent, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 5126-10 du CSP.	<b>Prescription n°3 :</b> Respecter les dispositions de l'article L. 5126-10 du CSP, en désignant un pharmacien référent dans la convention avec la pharmacie d'officine.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R5	<b>Remarque n°11 :</b> L'IDEC exerce son métier sans avoir suivi de formation spécifique. Elle n'a pas suivi de formation sur la qualité et la gestion des risques.  <b>Remarque n°26 :</b> L'EHPAD n'a pas élaboré une cartographie des risques spécifiques à la population accueillie.	<b>Recommandation n°5 :</b> Former le management de proximité à la qualité et la gestion des risques. Elaborer une cartographie des risques auxquels sont exposés les résidents.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R6	<b>Remarque n°12 :</b> Les documents transmis à la mission ne permettent pas de garantir l'existence d'un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers. La mission n'a pas connaissance d'un tableau de bord (fichier Excel par ex.) permettant de tracer les événements depuis leur signalement jusqu'au classement.	<b>Recommandation n°6 :</b> Elaborer des outils adaptés de recueil et d'analyse des réclamations, garantissant leur traçabilité et leur suivi.		
R7	<b>Remarque n°13 :</b> La question du rationnement des protections/changes et sur la qualité des repas a été posée par une famille en février 2022.	<b>Recommandation n°7 :</b> Mettre à disposition des salariés les protections et changes nécessaires à la prise en charge des résidents.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R8	<b>Remarque n°15 :</b> Le chef de cuisine, l'AS référente et la psychologue ne disposent pas d'une fiche de poste.	<b>Recommandation n°8 :</b> Elaborer les fiches de poste manquantes (notamment psychologue et chef cuisinier), les transmettre aux salariés concernés.		

	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
R9	<b>Remarque n°20</b> : Tous les agents ne bénéficient pas de manière régulière d'un EEA.	<b>Recommandation n°9</b> : Faire bénéficier chaque agent d'un EEA d'une manière régulière, conformément à la réglementation en vigueur.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R10	<b>Remarque n°21</b> : L'EHPAD n'a pas mis en place un espace d'écoute, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la HAS-ANESM «Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », juin 2008 : «- Poser des espaces de concertation et d'échanges interdisciplinaires contribuant à une connaissance réciproque du travail et des savoirs, théoriques et pratiques, de chacun Il s'agit d'organiser la prise de connaissance des différents points de vue et relations avec la population accompagnée. Elle permet de repérer sa place par rapport à un ensemble d'intervenants, de créer du lien et d'ajuster sa propre intervention. -Organiser dans les groupes de pairs la mise en débat et les échanges sur le travail Les questionnements, les apports mutuels et les transmissions entre pairs contribuent à une adaptation à l'emploi continue et à une co-construction de la pratique, p 20 ».	<b>Recommandation n°10</b> : Instaurer des temps d'écoute et de partage des expériences professionnelles (Qualité de vie au travail, échanges pluridisciplinaires).	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R11	<b>Remarque n°23</b> : Les besoins en formations des agents ne sont pas évalués d'une manière structurée, notamment lors des entretiens professionnels. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS -ANESM Volet 2, p 44, juin 2011 et le Volet « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », p 10 et p 16, juin 2008.	<b>Recommandation n°11</b> : Evaluer les demandes et besoins en formations de tous les salariés afin de favoriser leur montée en compétences.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
P4	<b>Ecart n°9</b> : La porte d'entrée de l'UVA (unité protégée) ne se referme pas après chaque passage. Ce qui représente un risque de fugue ou mise en danger des résidents. Toutes les portes de secours (coupe-feu) ne sont pas sécurisées, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.313-3 du CASF.	<b>Prescription n°4</b> : Sécuriser la porte d'entrée de l'UVA.		
R12	<b>Remarque n°25</b> : Les vestiaires des agents ne sont pas régulièrement entretenus. De plus, l'EHPAD dispose d'un espace de balnéothérapie sous-utilisé par les résidents.	<b>Recommandation n°12</b> : S'assurer d'un entretien régulier des vestiaires, veiller à la traçabilité des entretiens.		
R13	<b>Remarque n°28</b> : L'admission de chaque nouveau résident ne donne pas lieu à un temps d'échanges entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. De plus, le recueil des données lors des admissions n'est pas structuré au sein de l'EHPAD.  <b>Remarque n°29</b> : L'envoi des dossiers médicaux par messagerie au médecin régional d'ORPEA n'est pas sécurisé. Les résidents sont orientés vers le secteur sécurisé (UVA) ou ouvert sur dossier médical, sans examen, ni évaluation gériatrie ou psychogériatrique.  <b>Remarque n°30</b> : La mission d'inspection s'interroge sur l'effectivité des évaluations du séjour de chaque résident.	<b>Recommandation n°13</b> : Revoir la procédure d'admission, y intégrer : - le recueil des habitudes de vie et besoins du nouveau résident, ainsi que la nécessaire coordination avec les équipes, -- le lien avec le PAP, - la réévaluation du séjour de chaque admission.  Sécuriser l'envoi des données et dossiers médicaux par une messagerie sécurisée.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
P5	<b>Ecart n°11</b> : Tous les résidents ne disposent pas d'un Projet de vie personnalisé (PAP), ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-3 alinéa b, de l'article L.311-3 du CASF, et aux recommandations de la HAS-ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpap), août 2018 ».	<b>Prescription n°5</b> : Relancer la dynamique d'élaboration des PAP. Désigner un référent PAP pour chaque résident, garant de sa mise à jour en continu. Réévaluer le PAP de chaque résident.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<b>Remarque n°32</b> : Les projets de vie existants ne sont pas systématiquement réévalués et ajustés, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpad), août 2018 ».			
R14	<b>Remarque n°33</b> : L'IDEC n'assiste pas d'une manière régulière et structurée aux transmissions orales. Cette organisation ne garantit pas la circulation optimale des informations relatives à la prise en charge et au suivi des résidents.	<b>Recommandation n°14</b> : Mettre en place une organisation garantissant la transversalité des informations, par notamment la présence régulière de l'IDEC aux transmissions orales.		
R15	<b>Remarque n°35</b> : L'EHPAD n'a pas formalisé ni mis en place un plan d'actions structuré pour prévenir la perte d'autonomie et retarder la dépendance, par notamment l'aide à la marche, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM volet 2, juin 2011 « la prévention de la perte de mobilité : un parcours de marche peut stimuler la mobilité, la marche sur différentes natures de terrain peut être utilisée par les rééducateurs, etc. p37 ». De plus, les facteurs de risques identifiés dans les RAAM ne donnent pas lieu à : des analyses des causes, une élaboration de plan d'actions, un bilan ou un RETEX.	<b>Recommandation n°15</b> : Mettre en place des actions pour favoriser la prévention de la perte d'autonomie.	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R16	<b>Remarque n°37</b> : Le planning des animations individuelles n'a pas été transmis à la mission.  <b>Remarque n°38</b> : L'EHPAD n'a pas aménagé les espaces extérieurs et ne présente pas d'activité de jardinage en faveur des résidents et plus particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles	<b>Recommandation n°16</b> : Transmettre à la mission le planning des animations de février et mars 2022.  Renforcer l'effectif soignant pour faciliter leur participation aux activités individuelles ou collectives.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>apparentés HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », février 2009, p 21.</p> <p><b>Remarque n°39 :</b> La participation des soignants à certaines animations n'est pas facilitée du fait du faible effectif présent (cf. remplacements non effectuées et QVT).</p>			
R17	<p><b>Remarque n°40 :</b> L'EHPAD a décidé de mettre les résidents sous régime HP (hyper-protéiné) sans concertation avec les médecins traitants, ni prescription médicale par le médecin coordonnateur.</p> <p><b>Remarque n°43 :</b> Aucun personnel de l'équipe soignante ne participe à la commission des menus, tel que les IDE, AS, médecin coordonnateur ; ce qui n'est pas conforme aux recommandations du rapport cité dans l'avis N°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005.</p>	<p><b>Recommandation n°17 :</b> Veiller au respect des régimes alimentaires prescrits par un médecin, tel que le régime hyper-protéiné.</p> <p>Veiller, si nécessaire, à la présence d'un personnel médical ou paramédical aux commissions restauration.</p>		
R18	<p><b>Remarque n°44 :</b> La qualité et le rationnement des aliments déjeuners/goûters/collations ne garantissent pas aux résidents une prise en charge de qualité, ce qui est contraire aux dispositions des recommandations de la HAS - ANESM volet 1 p 61, décembre 2010 et volet 2, p 32 juin 2011.</p> <p><b>Remarque n°45 :</b> L'EHPAD n'a pas mis en place pour les résidents de l'UVA la possibilité de demander des collations pendant la journée. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS - ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social : «.des</p>	<p><b>Recommandation n°18 :</b> Veiller à proposer aux résidents une restauration conforme à leurs goûts et besoins, tant en terme qualitatif que quantitatifs.</p> <p>Proposer systématiquement une collation aux résidents de l'UVA, veiller au maintien d'un stock. Encadrer, le cas échéant, une proposition en « finger-food », avec une procédure ad-hoc et un contrôle rigoureux (cf. gestion des risques / hygiène).</p>		

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>modalités particulières de prise d'aliments : commencer le repas par le dessert, laisser manger avec les doigts si la personne ne sait plus se servir de couverts, mettre à disposition des aliments en accès libre, de jour comme de nuit, particulièrement ceux pouvant se manger facilement avec les doigts (finger-food), p 20, février 2009 ».</p> <p><b>Remarque n°46 :</b> Les collations nocturnes ne sont pas systématiques, ce qui n'est pas conforme aux recommandations HAS - ANESM.</p>			
R19	<p><b>Remarque n°50 :</b> Les RAAM attestent du taux de dénutrition des résidents (34,30% en 2020 et 11,18% en 2019), sans recherche des causes : L'instauration de régimes enrichis et le suivi de ces résidents est décrit d'une manière sommaire.</p> <p><b>Remarque n°55 :</b> Les RAAM 2019 et 2020 indiquent un nombre élevé des résidents avec escarres. Or, la prise en charge des escarres doit donner lieu à des actions de prévention et de thérapeutiques, notamment dans le cadre de protocole de pansement individualisé et/ou dans le cadre d'une collaboration avec un service hospitalier spécialisé.</p>	<p><b>Recommandation n°19:</b> Les constats issus des RAAM doivent donner lieu à des recherches des causes et à la mise en place de plans d'actions.</p> <p>Les données du RAAM portant notamment sur les escarres devaient donner lieu à des recherches des causes et la mise en place d'actions adéquates en matière de préventions et de soins spécialisés.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire. .	
P6	<p><b>Remarque n°51 :</b> Des tiroirs à piluliers – de médicaments – ne comportent pas les photos des résidents. Cette organisation génère un risque d'erreur d'administration des médicaments en cas de remplacement par des IDE externes à l'établissement.</p> <p><b>Ecart n°13 :</b> Les dates de péremptions</p>	<p><b>Prescription n°6 :</b> Garantir les conditions d'identitovigilance lors de l'aide à la prise et/ou l'administration des médicaments.</p> <p>Mentionner sur les flacons multidoses, les dates d'ouverture et date de fin d'utilisation conformément au RCP (résumé caractéristique du</p>		

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	<p>(balance : entrées/sorties) des médicaments et produits de santé ne sont pas toutes vérifiées et tracées ce qui est contraire aux dispositions de l'article R. 4312-38 du CSP. L'EHPAD n'a pas mis en place une procédure relative à la vérification de ces dates d'une manière régulière et nominative.</p> <p><b>Remarque n°51 :</b> Tous les produits multidoses ne comportent pas la date d'ouverture et date de fin d'utilisation.</p>	produit) de chaque produit.		
R20	<p><b>Remarque n°52 :</b> La participation des salariés à des réunions transversales et pluridisciplinaires n'est pas organisée. Les réunions pluridisciplinaires restreintes (IDE, IDE et psychologue) et de direction (staff) ne donnent pas lieu à la diffusion de comptes rendus. Les AS, AES, ADV ne sont pas associés aux réunions. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS - ANESM, volet 1 décembre 2010 et volet 2, juin 2011 : « Prévoir dans le déroulé du planning de travail des temps de réunion intégrés dans le temps de travail afin de favoriser la rencontre des équipes sur des thèmes transversaux (éthique, stress, deuil...). ».</p> <p><b>Remarque n°53 :</b> Les comptes rendus des réunions pluridisciplinaires sont sommaires : absence d'informations sur les réponses apportées aux résidents et à leurs familles, aucune mesure, ni plan d'action ne sont mentionnés suite à des événements, tels que les chutes, les comportements à problèmes (troubles du comportement, crise suicidaire ...), etc.</p>	<p><b>Recommandation n°20 :</b> Mettre en place une organisation garantissant, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une structuration des réunions pluridisciplinaires : objet, compte rendu, qualifications des participants,</li> <li>- diffuser aux agents les comptes rendus.</li> </ul>	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
P7	<p><b>Remarque n°54 :</b> L'EHPAD n'a pas mis en place une coordination avec une équipe spécialisée en gériatrie (psychogériatrie) telle que les équipes mobiles de gériatrie. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS - ANESM volet 4, septembre 2012, p 34 : « Utiliser autant que de besoin les compétences complémentaires des partenaires (équipe mobile de gériatrie, consultations...) pour affiner l'évaluation si nécessaire et partager les observations », p 69 : « Les équipes mobiles de gériatrie 54 dispensent une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique, qui contribuent à l'élaboration du volet soins du projet personnalisé, orientent et accompagnent le résident malade dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux, et conseillent, informent et forment les équipes soignantes, participant ainsi à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ».</p> <p><b>Remarque n°56 :</b> Tous les agents y compris ceux qui travaillent en UVA ne sont pas formés à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, tel que prévu par les recommandations de la HAS - ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », p13, février 2009.</p> <p><b>Ecart n°14 :</b> Il est demandé à l'AS du soir (fin de journée) de sortir les containers de poubelles. En laissant les résidents de l'UVA seuls, l'EHPAD ne garantit pas leur</p>	<p><b>Prescription n°7 :</b> Mettre en place une organisation garantissant une prise en charge coordonnée de la santé mentale des résidents, par notamment, l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie du secteur.</p> <p>Former les agents et plus particulièrement ceux qui travaillent à l'UVA à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	

	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Date de mise en œuvre demandée	Date de mise en œuvre effectif
	sécurité. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.			
R21	<p><b>Remarque n°57 :</b> La convention entre l'EMSP du CH de St-Omer et l'EHPAD ne donne pas forcément lieu à des réponses précises telles qu'elles sont mentionnées dans le contenu de cette convention. La mission constate une absence de formations dispensées sur site au bénéfice de tous les agents de l'EHPAD.</p> <p><b>Remarque n°62 :</b> Les conventions signées avec les CH de St Omer et Aire-sur-la-Lys n'ont donné lieu à aucun bilan portant par exemple sur la formation des salariés de l'EHPAD, ni au développement des bonnes pratiques professionnelles.</p>	<p><b>Recommandation n°21 :</b> Mettre en place une organisation garantissant l'intervention des membres de l'EMSP en cas de besoins. Garantir l'accès à la formation des agents aux soins palliatifs par les membres de cette EMSP.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R22	<b>Remarque n°58 :</b> Tous les agents de l'EHPAD ne sont pas formés à la prise en charge du risque suicidaire.	<p><b>Recommandation n°22 :</b> Former les salariés en charge des résidents au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire	
R23	<b>Remarque n°61 :</b> L'EHPAD ne dispose pas régulièrement d'un stock de changes – de couleur mauve – dédié à la nuit.	<p><b>Recommandation n°23 :</b> Veiller au maintien d'un stock suffisant de changes et protections adaptés aux besoins des résidents.</p>		