

**Le Directeur général**

**Le Président du conseil départemental  
de l'Aisne**

à

**Jérôme PASSICOUSSET  
Directeur  
16, Chemin de Tourville  
02350 LIESSE NOTRE DAME**

Lille, le 26 septembre 2023

Réf : 2023-DOS-SDES-IB  
Mission n° 2022\_HDF\_00073



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Objet : mesures correctives suite au contrôle du 25 mars 2022 à l'EHPAD Les Jardins du monde  
16, chemin de Tourville à Liesse-Notre-Dame (02350).

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'un contrôle inopiné en application des L313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles afin d'apprécier le niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance institutionnelle ou individuel. Ce contrôle a été réalisé le 25 mars 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 6 juin 2023.

Par courrier reçu le 28 juillet 2023, 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.

J'ai pris bonne note des mesures et des engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des demandes de la mission d'inspection, en particulier à renforcer de façon opérationnelle la culture qualité et la promotion de la bientraitance/ prévention de la maltraitance. Je note également la vérification des fenêtres par les services techniques ainsi que le projet

d'aménagement de l'accès au patio qui devra néanmoins assurer pleinement la sécurisation des lieux pour les résidents de l'unité fermée.

J'attire toutefois à nouveau votre attention sur la nécessité de transmettre le projet d'établissement révisé intégrant la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans un délai de 3 mois, comme prévu par les dispositions des articles L311-8 et D311.38 du CASF. La seule définition du cadre méthodologique est insuffisante.

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 Aisne de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Aisne, par la chargée de mission contrôle, évaluation et efficiente des ESMS, ou tout autre agent relevant de la direction des politiques d'autonomie et de solidarité. 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 laissons juger de l'opportunité de transmettre le rapport d'inspection modifié au président du conseil de surveillance/ou président du conseil d'administration.

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

Le Président du Conseil Départemental

Hugo GILARDI

Nicolas FRICOTEAUX

Pièce jointe :

- tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Contrôle du 25 mars 2022 à l'EHPAD Les Jardins du monde à Liesse-Notre-Dame (02350).**

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)
E1	La mission d'inspection constate des facteurs de risque pour la sécurité des résidents : sécurisation partielle des fenêtres, fontaine du patio dans l'unité sécurisée (article L.311-3 1° du CASF)	P1 : Procéder à la sécurisation des fenêtres et de la fontaine du patio dans l'unité sécurisée afin de respecter la sécurité des résidents conformément à l'article L.311-3 1° du CASF	1 mois	
E2	Au jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions des articles L.311-8 et D311.38 du CASF, précisant 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 et intégrant notamment dans le projet soins les actions de formations spécifiques des personnels du volet soins palliatifs.	P2 : Transmettre le projet d'établissement révisé intégrant la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance	3 mois	
R1	La mission relève l'absence de formalisation des délégations précisant les compétences et missions du directeur et de la responsable de site en dehors de l'organigramme transmis.	R1 : Formaliser les missions et compétences du directeur et de la responsable de site en précisant les délégations	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)
R2	Le dispositif d'astreinte permettant d'assurer la continuité des fonctions de direction n'est pas formalisé.	R2 : Formaliser le dispositif d'astreinte de direction (planning d'astreinte)	1 mois	
R3	La mission constate l'absence de formation à la bientraitance/ prévention de la maltraitance en 2021 et l'absence de référent identifié pour la bientraitance au sein de l'établissement.	R3 : Identifier un référent « bientraitance » pour l'établissement avec une fiche de mission formalisée ; intégrer dans le plan de formation les formations bientraitance/prévention de la maltraitance	1 mois	
R4	La mission relève un défaut de dispositif de soutien professionnel du personnel formalisé et connu du personnel.	R4 : Organiser et formaliser un dispositif de soutien professionnel du personnel ; communiquer sur sa mise en place	3 mois	
E3	La mission indique qu'un écart (écart n°15) avait été identifié sur ce point dans le rapport d'inspection du 18/12/2019 portant sur le contrôle et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Dans le cadre des mesures correctives demandés à l'EHPAD par courrier en date du 24 juin 2020, il avait été demandé d'établir (prescription 11) un protocole de soins portant sur l'aide à la prise des médicaments, conformément aux dispositions de l'article L.313-26 du CASF. Dans le cadre du point d'étape du suivi de la mise en œuvre réalisé le 4 janvier 2022 par l'ARS avec la cadre de santé, la prescription était toujours maintenue, une procédure devant être	P3 : Etablir un protocole de soins portant sur l'aide à la prise de médicaments et transmettre un protocole de coopération entre IDE et AS/AMP/AES daté et signé.	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)
	rédigée. Dans le cadre de ce suivi de l'inspection de 2019, il est également attendu un protocole de collaboration entre IDE et AS/AMP/AES daté et signé.			
R5	La mission relève l'absence d'intervention de l'animateur au sein de l'unité fermée.	R5 : Organiser un temps de présence de l'animateur au sein de l'unité fermée.	1 mois	
E4	La mission relève que la présence d'une seule AS le matin dans l'unité fermée pour assurer l'ensemble des tâches (distribution de médicaments, toilettes, surveillance ...) peut être source d'insécurité tant pour les résidents que pour le personnel.	P4 : Renforcer la présence en personnel dans l'unité fermée, notamment en travaillant sur l'intervention de l'animateur, et en personnel de soins.	1 mois	
R6	La mission relève l'absence de fiches entrées/sorties des stocks : la gestion des stocks n'est pas formalisée.	R6 : Mettre en place des fiches entrées/sorties pour assurer la traçabilité de la gestion des stocks.	3 mois	
E5	L'établissement n'a pas réuni le conseil de la vie sociale trois fois durant l'année 2021, contrairement aux dispositions de l'article D311-16 du CASF. La mission souligne que les comptes-rendus demandés portaient sur une période de crise sanitaire.	P5 : Organiser la réunion du Conseil de la vie sociale 3 fois par an conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	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)
R7	En l'absence de documents institutionnels, de formations et de portage de la direction, la politique de lutte contre la maltraitance n'est pas opérationnelle au sein de l'établissement.	R7 : Mettre en place et diffuser la mise en œuvre et la diffusion d'une politique institutionnelle de lutte contre la maltraitance à tous les niveaux d'organisation de l'établissement.	3 mois	
R8	A ce jour, les modalités de signalement et de traitement d'actes de maltraitance ne sont ni définies ni formalisées ni connues du personnel.	R8 : Formaliser un protocole de gestion des événements indésirables au sein de l'établissement et s'assurer de sa diffusion/son appropriation au sein du personnel de l'établissement.	3 mois	
E6	Au regard des propos recueillis relatifs au signalement de maltraitance, les situations de maltraitance ne font pas l'objet de remontée aux autorités administratives, ce qui est contraire aux dispositions du décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales.	P6 : Formaliser un protocole de signalement aux autorités et s'assurer de sa diffusion au sein du personnel de l'établissement.	3 mois	
R9	Lors de la visite du PC infirmiers, la mission a constaté plusieurs anomalies de température relevées sur la fiche de contrôle de température du réfrigérateur de l'infirmerie pour la période du mois de mars 2022 :	R9 : Formaliser la procédure relative à la gestion des médicaments et produits de santé thermosensibles en spécifiant la conduite à tenir en cas d'anomalie de température de stockage des médicaments.	2 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)
<p>- températures critiques relevées le 3/03/2022 sans signalement par l'infirmier pour mesure corrective.</p> <p>- absence de traçabilité du contrôle de température depuis le 20/03/2022 (jour de la visite d'inspection le 25/03/2022, soit 5 jours sans relevé).</p> <p>La mission précise que dans le rapport d'inspection du 18/12/2019 portant sur le contrôle et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, une remarque (n°28) avait été identifiée sur l'absence de formalisation de la conduite à tenir en cas d'anomalie de température de stockage des médicaments.</p> <p>Dans le cadre des mesures correctives demandées à l'EHPAD par courrier en date du 24 juin 2020 (recommandation 17), il avait été demandé de rédiger et mettre en œuvre la conduite à tenir en cas de température inférieure à 2°C au sein du réfrigérateur, afin de garantir les conditions de conservation attendues par les RCP des médicaments thermosensibles. Dans le cadre du point d'étape du suivi de la mise en œuvre réalisé le 4 janvier 2022 par l'ARS avec la cadre de santé, la recommandation était toujours maintenue, une procédure</p>			

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)
	relative à la gestion des médicaments et produits de santé thermosensibles devant être rédigée.			