



Le directeur général

**Le président du conseil départemental
du Nord**
**Direction générale adjointe en charge
de l'autonomie**

Réf : 2023-ARS HDF – SDIC- NS
Mission n° 2022-HDF-0235

Lille, le 2 juin 2023

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Saint-Hilaire sis 6, rue de l'Ermitage à Watten (59143) a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. L'inspection visait à vérifier que les conditions de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits. La mission s'est attachée plus particulièrement à la gouvernance, à la mobilisation des effectifs et à la prise en charge des résidents. Cette inspection a été réalisée le 18 octobre 2022, de manière inopinée.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 30 mars 2023. Par courriel reçu par mes services le 27 avril 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Monsieur DOUTRELANT
Président de l'association
« Les amis de Saint-Hilaire »
EHPAD Saint-Hilaire
6, rue de l'Ermitage
59143 WATTEN

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, 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, à l'ARS, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales 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.

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

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de notre considération distinguée.

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

Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 18 octobre 2022 de l'EHPAD Saint-Hilaire de WATTEN (59143).

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E1	<u>Écart n°1 :</u> La sécurité dans l'espace extérieur de la résidence n'étant pas garantie (risque de blessure et de chute) celle-ci ne répond pas aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°1 :</u> Sécuriser l'espace extérieur de la structure.	4 mois	
E2	<u>Écart n°2 :</u> L'insuffisance de sécurisation des locaux (fenêtres sans sécurité, encombrement des couloirs) ne permet pas de répondre aux obligations de sécurité de la prise en charge telles que mentionnées à l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°2 :</u> Sécuriser les locaux.	2 mois (désencombrement) 6 mois (fenêtres)	
E3	<u>Écart n°3 :</u> Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement conformément aux dispositions figurant à l'article R.311-34 du CASF.	<u>Prescription n°3 :</u> Afficher le règlement de fonctionnement au sein des locaux de l'EHPAD.	1 mois	
E4	<u>Écart n°4 :</u> En ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme 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.	<u>Prescription n°4 :</u> Préciser, dans le livret d'accueil, les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance.	3 mois	
E5	<u>Écart n°5 :</u> En disposant d'un médecin coordonnateur présent à 0.2 ETP, l'établissement ne répond pas au décret du 27 avril 2022 relatif au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en EHPAD.	<u>Prescription n°5 :</u> Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à la nouvelle réglementation.	6 mois	
E6	<u>Écart n°6 :</u> En ne proposant pas une collation et en ne respectant pas une amplitude horaire du jeûne nocturne inférieure à 12h, l'établissement ne répond pas aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif aux prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD et aux recommandations de la HAS	<u>Prescription n°6 :</u> Mettre en place une proposition de collation nocturne par les équipes de nuit.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
	(Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée -2007).			
E7	<u>Ecart n°7</u> : L'établissement n'élabore pas de projet de vie individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF et aux recommandations de la HAS.	<u>Prescription n°7</u> : Mettre en place une organisation permettant l'élaboration et le renouvellement des projets de vie en concertation avec les résidents et leurs familles.	5 mois	
E8	<u>Ecart n°8</u> : L'établissement n'organise pas au moins 3 fois par an ce qui est contraire aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	<u>Prescription n°8</u> : Organiser au moins 3 CVS par an.	3 mois	
E9	<u>Ecart n°9</u> : A ce jour, la composition du CVS ne répond pas aux obligations issues de l'article D 311-5 du CASF, notamment concernant les représentants des résidents.	<u>Prescription n°9</u> : Revoir la composition du CVS afin qu'elle réponde aux obligations en vigueur.	5 mois	
E10	<u>Ecart n°10</u> : En n'ayant pas renouvellement les mandats des membres du CVS au moins tous les 3 ans, l'EHPAD ne respecte pas l'article D311-8 du CASF.			
E11	<u>Ecart n°11</u> : Aucun EIG n'a été transmis au CD du Nord par absence de connaissance de cette obligation ce qui contrevient à l'obligation de signalement issue de l'arrêté du 28 décembre 2016.	<u>Prescription n°10</u> : Intégrer le CD59 à la procédure de signalement des EIG.	1 mois	
R1	<u>Remarque n° 1</u> : L'absence de fiche relative au nettoyage ne permet pas de s'assurer de l'effectivité de la traçabilité de ce dernier.	<u>Recommandation n°1</u> : Mettre en place des feuilles de traçabilité du nettoyage effectué dans les chambres.	3 mois	
R2	<u>Remarque n°2</u> : La présence de publicités sponsorisées au sein du livret d'accueil dénature sa vocation. Aussi, le livret d'accueil est obsolète, ce qui ne permet pas d'avoir une information précise sur les activités et les objectifs de l'établissement (Recommandation ANESM "Concilier vie en	<u>Recommandation n°2</u> : Revoir le livret d'accueil – ne plus y faire figurer de publicités sponsorisées.	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)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
	collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement" Novembre 2009).			
R3	<u>Remarque n°3</u> : L'absence de protocoles encadrant les modalités d'astreinte met en exergue un risque pour la continuité de la prise en charge des résidents de l'EHPAD.	<u>Recommandation n°3</u> : Mettre en place un protocole encadrant les modalités d'astreinte.	4 mois	
R4	<u>Remarque n°4</u> : L'absence de formalisation de compte-rendu (notamment des temps d'échange du matin) ne permet pas de s'assurer de la fluidité de l'information et de la prise de connaissance par les professionnels non présents.	<u>Recommandation n°4</u> : Formaliser les temps d'échanges notamment du matin entre les équipes.	3 mois	
R5	<u>Remarque n°5</u> : l'absence de chevauchement entre les temps de travail des professionnels (notamment Nuit/jour et matin/après-midi) ne permet pas d'assurer une continuité dans le transfert d'information.	<u>Recommandation n°5</u> : Mettre en place des temps de chevauchement entre les temps de présence des différents professionnels.	3 mois	
R6	<u>Remarque n°6</u> : La mission constate l'absence de processus d'analyse des pratiques, d'autoévaluation ou encore d'évaluation continue des équipes par les cadres en dehors des entretiens annuels. L'absence d'évaluation régulière des agents ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir de la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel (recommandation de l'ANESM, Missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement de la prévention et du traitement de la maltraitance..., décembre 2008).	<u>Recommandation n°6</u> : Mettre en place une politique d'évaluation et d'accompagnement des professionnels par l'encadrant.	4 mois	
R7	<u>Remarque n°7</u> : l'EHPAD n'a pas formalisé la gestion des absences.	<u>Recommandation n°7</u> : Formaliser la gestion des absences.	4 mois	
R8	<u>Remarque n°8</u> : l'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandation ANESM, Missions du	<u>Recommandation n°8</u> : Mettre en place un plan de formation effectif pour l'ensemble des professionnels de la structure.	4 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
	responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008).			
R9	Remarque n°9 : L'EHPAD n'a pas mis en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles ni sur les conditions de travail. De plus, il n'a mis en place aucun dispositif de soutien aux salariés. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations des pratiques professionnelles de la HAS-ANESM (mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008).	Recommandation n°9 : mener une réflexion quant à la mise en place d'espaces d'échanges et de soutien aux professionnels.	6 mois	
R10	Remarque n°10 : L'absence d'actualisation régulière des projets de soins ne garantit pas leur efficience.	Recommandation n°10 : S'assurer de l'actualisation régulière des projets de soins afin qu'ils répondent dans les temps aux besoins des résidents.	5 mois	
R11	Remarque n°11 : l'absence d'actualisation annuelle des PAP ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins et souhaits de la personne (Recommandation ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » Décembre 2008).	Recommandation n°11 : S'assurer de l'actualisation (au moins une fois par an) des PAP des résidents.	5 mois	
R12	Remarque n°12 : En l'absence d'une traçabilité effective, la mission n'a pas constaté qu'une évaluation régulière des contentions est mise en œuvre.	Recommandation n°12 : Mettre en place une évaluation régulière des contentions. Préciser dans le protocole relatif aux contentions les différentes étapes et leur traçabilité lors de la mise en place.	2 mois	
R13	Remarque n°13 : Les procédures relatives à la contention des résidents ne précisent pas les différentes étapes et traçabilités de leur mise en place.	Recommandation n°13 : Revoir les protocoles en faisant référence aux recommandations de bonne pratique et s'assurer de leur suivi.		
R14	Remarque n°14 : Les protocoles dont dispose l'établissement ne présentent pas une évaluation ni une traçabilité de la mise en œuvre des bonnes pratiques.	Recommandation n°13 : Revoir les protocoles en faisant référence aux recommandations de bonne pratique et s'assurer de leur suivi.	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)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R15	Remarque n°15 : Il n'existe pas de procédure d'appel d'urgence affichée dans la salle de soins.	Recommandation n°14 : Rédiger et afficher en salle de soins une procédure d'appel d'urgence.	2 mois	
R16	Remarque n°16 : Le chariot d'urgence n'est pas scellé et la traçabilité régulière de son contenu n'est pas assurée.	Recommandation n°15 : Sceller le chariot d'urgence et s'assurer de la traçabilité régulière de son contrôle.	3 mois	
R17	Remarque n°17 : Le plan de travail de l'infirmérie demande à être réparé.	Recommandation n°16 : Réparer le plan de travail de l'infirmérie.	2 mois	
R18	Remarque n°18 : 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.	Recommandation n°17 : Mettre en place une gestion formalisée et tracée des réclamations des familles.	4 mois	
R19	Remarque n°19 : Le sujet de la bientraitance n'est pas abordé d'une manière régulière par les membres du CVS, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008 ».	Recommandation n°18 : Mettre à l'ordre du jour le sujet de la bientraitance.	3 mois	
R20	Remarque n°20 : En n'utilisant pas les données issues de l'enquête de satisfaction, l'établissement ne met pas à profit ces dernières.	Recommandation n°19 : Mettre à profit les données récoltées à la suite des enquêtes de satisfaction.	6 mois	
R21	Remarque n°21 : Aucun protocole existant concernant la mise en place d'une politique interne de bientraitance.	Recommandation n°20 : Mettre en place une politique relative à la bientraitance au sein de l'EHPAD. S'assurer de sa bonne appropriation par les professionnels. Identifier un référent bientraitance et lui assigner des missions dans le cadre de la nouvelle politique mise en place.	5 mois	
R22	Remarque n°22 : l'absence de référent bientraitance identifié au sein de l'EHPAD contrevient avec les recommandations de l'ANESM (guide de la bientraitance, 2008).			

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R23	Remarque n°23 : Le manque de mise à jour des procédures et d'appropriation de ces derniers par les professionnels peuvent entraîner une rupture dans le circuit des modalités de gestion et de traitement des signalements/actes de maltraitance.	Recommandation n°21 : Mettre à jour les procédures relatives à la gestion des signalements/actes de maltraitance. S'assurer de leur appropriation par les professionnels.	5 mois	
R24	Remarque n°24 : L'absence de recueil d'EIG ne permet pas de s'assurer de la bonne prise de connaissance de ces informations et de leur traitement et est susceptible d'entraîner un risque dans la continuité de la prise en charge.	Recommandation n°22 : Mettre en place un recueil des EIG et de leur traitement.	4 mois	
R25	Remarque n°25 : L'absence de convention encadrant les relations entre l'EHPAD et une filière de soins ne permet pas d'assurer ne permet pas d'assurer une continuité de la prise en charge en cas de besoins.	Recommandation n°23 : Mettre en place des conventions avec une filière de soins.	3 mois	