

Le directeur général

**Le président du Conseil départemental
du Pas-de-Calais**

Direction de l'autonomie et de la santé

Réf : SDIC/D3SE-NS
Mission n° 2023_HDF_00141

Lille, le 12 MARS 2024

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « La Fontaine de Médicis », situé au 320 Avenue de l'Europe à Cucq (62780), en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Celle-ci a été réalisée le 15 juin 2023 et visait à vérifier :

- ✓ la qualité de la prise en charge des résidents en analysant l'organisation et le fonctionnement de la structure ;
- ✓ la capacité de l'établissement à prévenir les situations de maltraitance, à gérer les réclamations et les évènements indésirables.

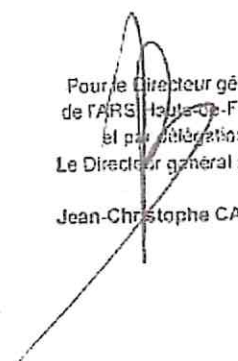
Vous avez reçu le rapport d'inspection et le tableau des mesures envisagées le 26 octobre 2023. Au regard de votre réponse reçue le 29 novembre 2023, le rapport d'inspection n'est pas modifié. Ainsi, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint en annexe. Le contrôle de l'effectivité de leur mise en place sera assuré conjointement par mes collaborateurs du pôle de proximité ARS du Pas-de-Calais de la direction de l'offre médico-sociale, et les professionnels du conseil départemental du Pas-de-Calais.

Il conviendra de leur transmettre vos réponses et éléments de preuves, dans le respect des échéances fixées dans le tableau des décisions finales, complété par les délais effectifs de mise en œuvre des actions prévues et les documents demandés.

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.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma notre considération distinguée.



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

Le Directeur du pôle solidarités
Patrick Genevaux



**Mesures correctives suite à l'inspection du 15 juin 2023 de l'EHPAD « La Fontaine de Médicis »
situé au N°320, Avenue de l'Europe, à Cucq (62780).**

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
Ecart N°1 : En n'ayant pas consulté les membres du conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°1 : Respecter les dispositions de l'article R311-33 du CASF portant les modalités de consultation des membres du conseil de la vie sociale sur le règlement de fonctionnement.	Levée
Ecart N°2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.	Prescription n°2 : Afficher le règlement de fonctionnement dans les locaux.	Levée
Ecart N°3 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. Ecart N°4 : En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38 du CASF.	Prescription n°3 : Elaborer un projet d'établissement avec ses composantes réglementaires (soins palliatifs ...). Elaborer un projet de soins avec notamment le médecin coordonnateur et les soignants. Les travaux portant sur ces outils doivent impliquer la participation de tous les professionnels. Les projets doivent comporter des indicateurs pondérables d'évaluation. Les plans d'actions mentionnés dans ces projets doivent également être évalués d'une manière périodique.	6 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
Remarque N°1 : L'organigramme ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement hiérarchique et fonctionnel des professionnels de l'établissement.	Recommandation n°1 : Elaborer un organigramme indiquant clairement le positionnement hiérarchique et fonctionnel des professionnels de l'établissement.	Levée
Remarque N°2 : La fiche de mission du directeur n'est pas nominative. Il s'agit d'un document standard « DOMUSVI », qui ne prend pas en compte les spécificités de l'établissement.	Recommandation n°2 : Adapter la fiche de missions du directeur aux spécificités de l'établissement et aux besoins et attentes de la population accueillie.	Levée
Remarque N°3 : Le procès-verbal des élections du CVS n'a pas été transmis à la mission d'inspection.	Recommandation n°3 : Transmettre procès-verbal des élections.	Levée
Remarque N°4 : La mission a constaté un manque d'appropriation de la politique et des outils de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance par tous les salariés.	Recommandation n°4 : Mettre en place des actions afin de favoriser l'appropriation de la politique et des outils de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance par tous les salariés.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque N°5 : L'IDEC n'a pas suivi de formation spécifique aux IDEC, ni de formation portant sur la qualité et la gestion des risques.	Recommandation n°5 : Garantir à l'IDEC le suivi d'une formation qualifiante propre aux IDEC.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire
Remarque N°6 : Le tableau des EIG (événements indésirables graves) mentionne notamment des dysfonctionnements techniques, ne pouvant pas entrer dans le champ des EIG. Le signalement et le traitement des EIG ne donnent pas lieu à des bilans annuels ou semestriels.	Recommandation n°6 : Mettre en place un suivi spécifique aux EIG dissociés des dysfonctionnements techniques. Les EIG doivent donner lieu à des bilans et des RETEX d'une manière périodique.	Levée
Remarque N°7 : L'établissement n'a pas communiqué une procédure de signalement des EIG (événements graves).	Recommandation n°7 : Transmettre la procédure de signalement des EIG (événements graves).	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
Remarque N°8 : Aucun audit sur la connaissance des procédures n'a été mis en place.	Recommandation n°8 : Mettre en place des audits qualité sur les processus de prise en charge des résidents	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque N°9 : L'absence de procédures et conduites à tenir ne permet pas aux professionnels de se référer à des normes en cas de crise, d'incidents ou d'EIG.	Recommandation n°9 : Mettre en place des procédures et conduites à tenir ne permet aux professionnels de se référer à des normes en cas de crise, d'incidents ou d'EIG.	Levée
Remarque N°10 : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II, al.2 CASF.	Recommandation n°10 : Transmettre les diplômes des professionnels.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque N°11 : L'absence de pool de remplacement peut constituer un risque dans la continuité et la qualité de la prise en charge des résidents. La HAS recommande d'aménager l'organisation du travail pour ajuster le mieux possible les rythmes des professionnels à ceux des usagers (« mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 »).	Recommandation n°11 : Mettre en place un pool de remplacement pour prévenir tout risque dans la continuité et la qualité de la prise en charge des résidents.	Levée
Remarque N°12 : L'absence de pool de remplacement peut impacter négativement la qualité de vie au travail.	Recommandation n°12 : Mettre en place un pool de remplacement pour prévenir l'épuisement des professionnels.	Levée
Remarque N°13 : L'EHPAD n'a pas mis en place un processus structuré d'évaluation des nouveaux salariés avec des outils portant notamment sur les techniques de soins et les pratiques professionnelles.	Recommandation n°13 : Mettre en place processus structuré d'évaluation des nouveaux salariés avec des outils portant notamment sur les techniques de soins et les pratiques professionnelles.	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
Remarque N°14 : En ne fournissant pas une fiche de poste à tous ses professionnels, l'établissement ne permet pas à ces derniers de connaître leurs missions ; ce qui peut avoir un impact sur l'organisation de la prise en charge des résidents.	Recommandation n°14 : Transmettre à chaque salarié sa fiche de poste et sa fiche de tâches.	Levée
Remarque N°15 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (page 23 des recommandations de la HAS relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).	Recommandation n°15 : Mettre en place des réunions/rencontres sur l'analyse des pratiques professionnelles.	Levée
Ecart N°5 : Présence de produits d'entretiens/détergent et SHA (solution hydro-alcoolique) au sein des locaux du PASA, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents et est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n°4 : Sécuriser les accès aux produits dangereux (SHA, produits de nettoyage).	Levée
Ecart n°N°6 : Lors de la visite de l'UVA, la mission a constaté : - la présence de couteaux dans des tiroirs non sécurisés,	Prescription n°5 : Sécuriser les accès aux objets tranchants et aux produits dangereux, notamment au sein de l'UVA.	Levée

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
<p>- des résidents seuls (les deux professionnels sont partis chercher les plateaux repas), - la présence de SHA en accès libre. Cette organisation ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</p>		
<p>Ecart N°7 : L'encombrement du couloir, du jardin et de la salle de stockage ne facilite pas les déplacements des personnes en perte d'autonomie et des personnels et ne garantit pas leur sécurité. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.313-3 du CASF.</p>	<p>Prescription n°6 : Faciliter la circulation des résidents et des professionnels au sein de l'EHPAD.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque N°16 : La mission a constaté l'absence de fermeture du vestiaire et de la salle du personnel.</p>	<p>Recommandation n°16 : Mettre en place un dispositif permettant la fermeture du vestiaire et de la salle du personnel.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque N°17 : Les PAP consultés ne sont pas suffisamment détaillés, ils ne comportent pas des objectifs précis portant sur les volets suivants : soins, vie sociale, animation et autonomie. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Fiche Repère : PAP : une dynamique de parcours et d'accompagnement, août 2018 ».</p>	<p>Recommandation n°17 : Garantir pour chaque résident la mise en place de PAP avec toutes leurs composantes (soins, thérapeutiques, loisirs..)</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Remarque N°18 : La périodicité de réévaluation des PAP n'est pas explicite, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM « Fiche Repère : PAP : une dynamique de parcours et d'accompagnement, août 2018 ».</p>	<p>Recommandation n°18 : Mettre en place une organisation garantissant la réévaluation périodique des PAP (objectifs escomptés versus objectifs atteints).</p>	<p>3 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
Remarque N°19 : La salle Snoezelen ne sert plus pour faire des activités. Elle sert de salle de stockage.	Recommandation n°19 : Garantir l'utilisation de la salle Snoezelen.	Levée
Remarque N°20 : Le rythme relatif à l'organisation des toilettes et du travail des professionnels le matin ne permet pas à tous les résidents de participer aux animations.	Recommandation n°20 : Mettre en place une organisation permettant aux résidents de participer aux activités le matin et l'après-midi.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque N°21 : L'EHPAD est marqué par l'absence d'aménagement du jardin pour les résidents notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui n'est pas conforme aux recommandations HAS ANESM volet 2 p 34 et 37.	Recommandation n°21 : Mettre à la disposition des résidents notamment ceux de l'UVA des activités de jardinage externes.	Levée
<p>Remarque N°22 : Le RAMA comporte des données statiques. Il n'offre pas des analyses des causes ni des plans d'actions portant notamment sur les questions suivantes : chutes, dénutrition, escarres, formations, soins palliatifs et hospitalisations.</p> <p>Remarque N°26 : Le RAMA 2022 est descriptif ; il n'offre pas une analyse des causes des hospitalisations, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM (volet 4, septembre 2012 », p 70 : « Analyser dans le cadre du rapport d'activité médicale, les raisons qui ont amené l'Ehpad à avoir recours à l'EMG ou l'HAD, les conséquences pour le résident en termes d'alternative à l'hospitalisation, les limites de leur intervention et les éventuels</p>	Recommandation n°22 : Mettre en place une organisation garantissant aux professionnels de procéder à des analyses dynamiques des données mentionnées dans le RAMA, afin d'une part de rechercher les causes des différentes anomalies (escarres, chutes, déshydratation, dénutrition, hospitalisations, réhospitalisations ...) et d'autre part de mettre en place des plans d'actions de prévention.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.

Ecart(s) (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
dysfonctionnements, l'avis des résidents concernés et de leurs proches ».		
Remarque N°23 : Selon l'analyse de plusieurs dossiers de soins, les causes des chutes ne sont pas systématiquement recherchées.	Recommandation n°23 : Rechercher les causes des chutes et mettre en place des plans d'actions et des bilans périodiques.	Levée
Remarque N°24 : L'EHPAD n'a pas mis en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles ni sur les conditions du travail. De plus, il n'a mis en place aucun dispositif de soutien aux salariés et particulièrement en faveur des plus isolés et des salariés impactés par la charge du travail. 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 p 20 : « Poser des espaces de concertation et d'échanges interdisciplinaires contribuant à une connaissance réciproque du travail et des savoirs, théoriques et pratiques, de chacun ; Organiser dans les groupes de pairs la mise en débat et les échanges sur le travail ; Dédier des temps à l'observation, pour les personnels volontaires, et les exploiter en équipe ; Mettre en place des groupes de parole pour les professionnels dont le travail est par nature isolé ; Examiner avec les équipes des ajustements dans les pratiques et dans l'organisation du travail et les expérimenter ».	Recommandation n°24 : Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et les conditions du travail.	Levée

Ecart(s) (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
<p>Remarque N°25 : La présence d'environ 11 résidents avec des plaies ou escarres (soit 16% des résidents accueillis au sein de l'EHPAD) n'a pas donné lieu à une analyse des causes, ni à une prise en charge coordonnée entre notamment le médecin coordonnateur, les médecins traitants, les IDE et les établissements de santé. L'EHPAD n'a pas remis à la mission un protocole mis à jour intégrant notamment les paramètres suivants : processus de gradation des escarres, prévention d'escarres (fréquence changement de position...), lien avec les données cliniques portant sur la dénutrition/hydratation, pose de matelas anti-escarres, protocoles de pansement individualisé, formation des IDE aux grandes plaies par notamment l'HAD, l'intervention de l'HAD pour les soins, les alertes aux établissements sur les résidents à risque d'escarres dès leur admission en hospitalisation...</p>	<p>Recommandation n°25 : Mettre en place une organisation permettant aux professionnels de travailler d'une manière efficace et coordonnée sur la prévention et les soins des escarres (médecin coordonnateur, AES, IDE, IDEC et médecins traitants)</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque N°27 : Les chambres des résidents ne sont pas équipées de rails. Cette organisation peut impacter les conditions du travail des salariés.</p>	<p>Recommandation n°26 : Mettre à la disposition des salariés des outils de travail facilitant les transferts physiques des résidents.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque N°28 : La température du réfrigérateur où sont déposés les produits thermosensibles avoisine parfois les 8C°. Il n'a</p>	<p>Recommandation n°27 : Mettre en place une organisation garantissant :</p>	<p>Levée</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
<p>pas été mis en place un suivi des dates de péremption des nutriments (compléments alimentaires HP (hyper-protéinés). Avant la transmission des prescriptions à la pharmacie d'officine, les IDE ne vérifient pas les quantités des médicaments disponibles et ne mentionnent pas sur les prescriptions la mention « ne pas délivrer ». Il n'est pas mentionné sur les flacons des produits multidoses (médicaments, produits antiseptiques), la date d'ouverture, la date de fin d'utilisation après ouverture et l'identité du résident. Il n'a pas été mis en place un suivi tracé relatif au contrôle des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux. La liste de la dotation pour soins urgents n'est pas signée par le médecin coordonnateur. Tous les piluliers des résidents ne comportent pas leur photographie.</p>	<p>1-la surveillance de la température du réfrigérateur où sont déposés les produits thermosensibles avec une procédure portant sur les écarts de température (plus 8 et moins 2°C), 2-utiliser la mention « ne pas délivrer » sur la prestation en fonction de la quantité des médicaments disponibles par résident, 3-mentionner sur les flacons des multidoses (médicaments, produits antiseptiques), la date d'ouverture, la date de fin d'utilisation et l'identité du résident, 4-signer la liste de la dotation pour soins urgents, 5-mettre sur les piluliers les photographies des résidents, 6-une surveillance tracée des dates de péremption des DM (dispositifs médicaux) et médicaments.</p>	
<p>Remarque n°29 : La réévaluation des médicaments et la question de l'iatrogénie n'est pas structurée et ne donne pas lieu à une coordination entre notamment le médecin coordonnateur, les médecins traitants, le pharmacien d'officine, les IDE et les IDE.</p>	<p>Recommandation n°28 : Mettre en place une organisation favorable à la réévaluation des thérapeutiques des résidents entre les IDE, les médecins traitants et le médecin coordonnateur.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Remarque N°30 : L'EHPAD n'organise pas de bilan sur les événements indésirables liés au circuit du médicament. Aucun audit n'est mis en place. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la</p>	<p>Recommandation n°29 : Mettre en place une démarche qualité et gestion des risques portant notamment sur le circuit des EIG (signalement, RETEX, plans d'actions, bilans ..).</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire</p>

Écarts (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
<p>HAS-ANESM « prise en charge médicamenteuse juin 2017 », p 39 : « Afin d'observer les points d'amélioration de leurs activités concernant la prise en charge médicamenteuse, les établissements définissent des critères de suivi de leur pratique, au moins une fois par an, tels que : le nombre d'événements indésirables remontés ; le nombre de formations réalisées en interne/externe ; le nombre de résidents consommant des neuroleptiques ; le nombre de commissions de coordination gériatrique réalisées ; le nombre de conciliations médicamenteuses organisées ».</p>		
<p>Remarque N°31 : La salle où sont stockés les médicaments des résidents et la dotation pour soins urgents n'est pas équipée d'un thermomètre. Les professionnels ne disposent pas de consigne ni d'un protocole relatifs aux conditions de conservation des produits de santé en fonction de leur spécificité (cf. document ANSM, mai 2017, « Conservation des médicaments en cas de vague de chaleur : médicaments à conserver à une température inférieure à 25 ou à 30°C, médicaments sans mention particulière de conservation à température ambiante, cas particuliers ».</p>	<p>Recommandation n°30 : Mettre une surveillance tracée de la température dans la salle où sont stockés les médicaments.</p>	<p>Levée</p>
<p>Ecart n°8 : La mission a constaté des ruptures dans la livraison de médicaments à l'établissement par la pharmacie d'officine (selon les transmissions écrites dans deux dossiers de soins : un antibiotique Pyostacine®</p>	<p>Prescription n°7 : Garantir pour chaque résident l'accès et l'administration de son traitement prescrit par un médecin d'une manière continue (semaine et week-</p>	<p>Levée</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
<p>n'a pas été délivré ni administré pendant plusieurs jours à une résidente, il est noté pour un autre résident « absence de Burinox® », sans information sur le caractère urgent du traitement). Cette organisation constitue un risque pour les résidents et elle ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3 du CASF.</p>	<p>end). L'EHPAD doit garantir la livraison des médicaments auprès d'une pharmacie d'officine.</p>	
<p>Remarque N°32 : La convention entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine en date du 15/03/2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne désigne pas de pharmacien référent, - ne prévoit pas la livraison de médicaments en urgence, - ne prévoit pas les modalités de livraison de médicaments les jours fériés et dimanche. <p>La procédure du circuit du médicament ne prévoit pas les cas mentionnés cités ci-dessus.</p>	<p>Recommandation n°31 : Préciser dans la convention avec le pharmacien d'officine : un pharmacien référent et les modalités de livraison des médicaments les jours fériés et dimanche.</p>	<p>Levée</p>