

Le directeur général

Réf : SDIC/D3SE-MP - direction de la sécurité sanitaire
et de la santé environnementale-
Mission n°2022_HDF_00869

Lille, le **10 JUIL. 2023**

Madame la directrice générale,

L'EHPAD Samara situé au 216, rue de la Fraternité à Marpent (59164) a fait l'objet d'une inspection inopinée le 7 mars 2022 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.

Par courriel reçu par mes services le 1^{er} juin 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. 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.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que je préside. Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un

Madame Sophie BOISSARD,
Directrice générale du groupe KORIAN
21, 23 et 25, Rue Balzac
75008 PARIS

recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice générale, l'assurance de ma considération distinguée.

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

Jean-Christophe CANLER

Pièce jointe :

- Le tableau listant les mesures correctives définitives.

Mesures définitives

**Inspection du 7 mars 2022 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Résidence Samara »,
situé au 216, rue de la Fraternité à Marpent (59164).**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E1	Ecart n°1 : La présence de produits détergents dans des placards accessibles et non fermés à clé dans la salle de restauration, est susceptible de présenter un risque pour la sécurité des résidents L311-3 CASF.	Prescription n°1 : Ranger les produits détergents afin qu'ils ne soient pas accessibles par les résidents, par exemple dans des placards fermés à clé.	immédiat		
E2	Ecart n°2 : En n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel et au conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription 2: Soumettre le prochain règlement de fonctionnement aux IRP et au CVS pour avis avant son adoption définitive ; préciser en préambule du document les dates de consultation.	5 mois	5 mois	
E3	Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement, outil de pilotage interne de l'établissement, n'est pas pleinement adapté aux caractéristiques de celui-ci, et n'est pas en ce sens conforme à l'article L311-7 CASF	Prescription n°3 : Adapter le prochain règlement de fonctionnement aux caractéristiques de l'établissement et présenter uniquement des éléments le concernant ; remettre le document, accompagné de l'ensemble de ses annexes, à toute personne exerçant dans l'établissement ainsi qu'aux usagers.	5 mois		
E4	Ecart n°4 : En ne remettant pas un règlement de fonctionnement complet, annexes incluses, à chaque personne qui y exerce et aux usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.	Prescription n°4 : Elaborer un projet d'établissement conforme aux dispositions du CASF ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment en termes de durée, de consultation et de contenu.	7 mois		
E5	Ecart n°5 : En prévoyant une durée d'application supérieure à 5 ans, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 CASF,				

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E6	<u>Ecart n°6</u> : En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale avant l'adoption définitive du projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale... ».			7 mois	
E7	<u>Ecart n°7</u> : En ne présentant pas le contenu minimal requis, le projet d'établissement n'est pas conforme à l'article L311-8 CASF (définition des objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ; déclinaison d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle ; identification des modalités à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ; définition d'un projet spécifique au PASA et à l'UVA).			7 mois	
E8	<u>Ecart n°8</u> : L'absence de document unique de délégation n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF	Prescription n°5 : Elaborer un document unique de délégation conformément au code de l'action sociale et des familles.	1 mois		
E9	<u>Ecart n°9</u> : Les modalités de remplacement pratiquées dans l'établissement favorisent un risque de glissement de tâches, susceptible de compromettre la qualité et la sécurité des prises en charges, et en cela l'établissement contrevient aux articles R4311-3 et R4311-4 du CSP, ainsi qu'aux recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004.	Prescription n°6 : Formaliser une politique de remplacement claire en veillant à prévenir les glissements de tâches.	3 mois	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) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
E10	Ecart n°10 : Le temps consacré à la coordination médicale à l'EHPAD est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis, ce qui n'est pas conforme à l'article D312-156 CASF.	Prescription n°7 : Ajuster le temps consacré à la coordination médicale au nombre de résidents accueillis conformément à la réglementation.	6 mois	6 mois	
E11	Ecart n°11 : 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 l'HAS (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée -2007).	Prescription n°8 : Mettre en place une organisation impliquant une collation nocturne.	4 mois		
E12	Ecart n°12 : Le règlement intérieur du CVS signé par des membres non élus, et non signé par le président, n'est pas conforme à l'article D311-19 CASF (« Le conseil établit son règlement intérieur dès sa première réunion »)	Prescription n°9 : Mettre en conformité le fonctionnement du CVS (signature du règlement intérieur, élection des membres, formalisme des relevés de conclusion)	5 mois	5 mois	
E13	Ecart n°13 : En n'ayant pas élu un président, le CVS n'est pas conforme à l'article D311-9 CASF				
E14	Ecart n°14 : Les relevés de conclusion du CVS ne sont pas conformes à l'article D311-20 CASF.				
R1	Remarque n°1 : L'organisation des salles de stockage ne permet pas de connaître en temps réel le stock et l'état des aides techniques disponibles.	Recommandation n°1 : Organiser les salles de stockage de façon à connaître en temps réel le stock et l'état des aides techniques à la marche disponibles au sein de l'établissement.	1 mois		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R2	Remarque n°2 : Le planning d'activités du PASA n'était pas affiché au sein de l'établissement.	Recommandation n°2 : Afficher le planning d'activités du PASA.	sans délai		
R3	Remarque n°3 : L'absence de traçabilité de l'entretien réalisé ne permet pas d'assurer de sa régularité.	Recommandation n°3 : Mettre en place une traçabilité et un contrôle régulier de l'entretien des locaux.	3 mois		
R4	Remarque n°4 : En ne précisant pas ses modalités de suivi et d'actualisation, en ne rendant pas lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la résidence et en ne comportant ni projet d'accompagnement des personnes accueillies ni projet de soins clairement identifiés, le projet d'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Cf prescription n°4			
R5	Remarque n°5 : En l'absence de document formalisant la continuité de la direction, celle-ci ne peut être pleinement assurée en l'absence du directeur.	Recommandation n°4 : Elaborer une procédure formalisant la continuité de direction	1 mois		
R6	Remarque n°6 : En budgétant un taux d'occupation inférieur à 100%, l'établissement ne respecte pas sa dotation soins qui lui est versée pour l'intégralité de la capacité autorisée et installée nonobstant l'inoccupation temporaire éventuelle.	Recommandation n°5 : Budgéter un taux d'occupation correspondant à l'intégralité de la capacité autorisée et installée	Sans délai	Campagne budgétaire à venir	
R7	Remarque n°7 : En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008).	Recommandation n°6 : Organiser et réaliser une formation spécifique relative à la prévention de la maltraitance, à destination des professionnels (salariés et libéraux) et des bénévoles intervenant dans l'établissement.	5 mois		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
R8	Remarque n°8 : Le manque d'informations et de formation des personnels relatives à la prévention de la maltraitance et les risques encourus (pénal et disciplinaire) peut engendrer un risque dans la prise en charge des usagers.	Recommandation n°7 : Effectuer une sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et aux risques encourus	4 mois		
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 oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008)	Recommandation n°8 : Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et sur les conditions de travail. Dans la continuité, mettre en place un dispositif formalisé de soutien aux professionnels.	5 mois		
R10	Remarque n°10 : La fréquence de la commission des menus présentée dans le règlement de fonctionnement ne correspond pas à la pratique	Recommandation n°9 : Mettre en cohérence la pratique avec ce qui est présenté dans le règlement de fonctionnement concernant la fréquence de la commission des menus	5 mois		
R11	Remarque n°11 : L'absence d'un diététicien aux réunions de la commission des menus ne permet pas une évaluation complète de la qualité nutritionnelle des repas.	Recommandation n°10 : Se rapprocher d'un diététicien afin d'évaluer la qualité nutritionnelle des repas.	6 mois	6 mois	
R12	Remarque n°12 : Le manque d'appropriation par les professionnels des procédures internes existantes ne permet pas de s'assurer de leur efficience.	Recommandation n°11 : S'assurer de la connaissance et de l'appropriation par les professionnels des procédures internes existantes.	8 mois		
R13	Remarque n°13 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans	Recommandation n°12 : Mettre en place un dispositif formalisé de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations	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) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre	Délai de mise en œuvre effective
	la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).				
R14	Remarque n°14 : En l'absence de connaissance et d'appropriation des protocoles par les personnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.	Cf Recommandation n°11			
R15	Remarque n°15 : L'établissement dispose d'une procédure de signalement des EI formalisée, cependant la traçabilité sur l'analyse et le traitement n'est pas systématiquement assurée, ce qui impacte l'opérationnalité du suivi des EI.	Recommandation n°13 : S'assurer de la traçabilité de l'analyse et du traitement des EI. S'assurer de la diffusion de l'information auprès des professionnels concernés.	5 mois	5 mois	