

Le directeur général

*Direction de la sécurité sanitaire
et de la santé environnementale-
Sous direction inspection contrôle
Mission n°2022-HDF-00040*



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

Lille, le - 4 DEC. 2023

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle 2022, l'EHPAD ORPEA de Berlaimont a fait l'objet le 3 mars 2022 d'une inspection conjointe ARS/Conseil départemental en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés par courrier du 5 décembre 2022. La mission a bien reçu les observations que vous avez bien voulu transmettre par courrier du 5 janvier 2023 et vous en remercie. Elle n'a pas apporté de modification au rapport d'inspection. L'analyse de vos réponses a permis à la mission de lever 5 prescriptions et 7 recommandations, de maintenir 5 prescriptions et 2 recommandations.

En conséquence, vous trouvez ci-joint l'analyse des réponses apportées ainsi que les décisions finales qui clôturent la procédure contradictoire. A ce titre, nous vous demandons de bien vouloir mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint en annexe. Le contrôle de leur mise en place sera assuré par les collaborateurs de l'agence du pôle de proximité du Nord de la direction de l'offre médico-sociale.

Monsieur le directeur général
Groupe ORPEA
12, rue Jean Jaurès
92800 PUTEAUX

Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre dans le respect des échéances fixées 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 que le directeur général de l'ARS préside.

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 général, 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
et par délégation,
le directeur de l'autonomie,

Pierre LOYER

Pièce jointe :

- tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures définitives suite à l'inspection du 3 mars 2022
de l' EHPAD « la reine des prés » à BERLAIMONT (nord)**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place à la clôture de la procédure contradictoire
<p><u>Ecart n°1</u> : Le règlement de fonctionnement est transmis mais il n'y est pas fait mention de l'unité de vie Alzheimer (reconnue) ni de l'unité de grands dépendants (non officialisée), alors que la prise en charge est différente dans ces unités. Ce règlement ne précise pas l'affectation de certains locaux à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R311-35 : « Le règlement de fonctionnement indique les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au présent code, notamment de ceux mentionnés à l'article L. 311-3. Il précise, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service. Il indique l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation.</p> <p>Il précise les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens. Il prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.</p> <p>Il fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues. »</p>	<p><u>Prescription n°1</u> : réviser le règlement intérieur en tenant compte notamment des unités Alzheimer et grands dépendants.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Ecart n°2</u> : en ne disposant pas d'un projet d'établissement à jour et validé par les instances, l'EHPAD ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°2</u> : poursuivre les travaux d'élaboration et formalisation du projet d'établissement.</p>	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place à la clôture de la procédure contradictoire
<p><u>Ecart n°3 :</u> En ne comprenant pas au moins 2 représentants des personnes accueillies ou prises en charge par l'établissement, le conseil de la vie sociale ne respecte pas les dispositions de l'article D 311-5 du CASF; en ne réunissant pas le conseil au moins 3 fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D 311-16 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°3 :</u> Régulariser le fonctionnement du conseil de la vie sociale.</p>	<p>6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p><u>Ecart n°4 :</u> S'il existe des protocoles et un dispositif de traitement des événements indésirables, très peu de déclarations externes ont été réalisées (0 en 2019 et 2020, 4 en 2022), alors qu'il a été fait état à la mission d'événements indésirables graves non déclarés par l'EHPAD à l'ARS. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R.3331-8 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°4 :</u> systématiser la déclaration externe des EIG.</p>	
<p><u>Ecart n°5 :</u> le directeur ne possède pas les qualifications requises pour diriger un établissement médico-social selon l'article D312-176-6 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°5 :</u> régulariser la situation du directeur au regard de ses qualifications.</p>	<p>18 mois à l'issue de la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p><u>Ecart n° 6 :</u> 2 agents affectés aux soins à la personne ne possèdent pas les qualifications exigées pour ces fonctions, cette organisation ne respecte pas les dispositions des articles R.4311-3 et 4 du CASF, de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et du décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.</p>	<p><u>Prescription n°6 :</u> affecter auprès des résidents pour les soins à la personne des agents qualifiés.</p>	<p>6 mois à l'issue de la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p><u>Ecart n°7 :</u> Il n'existe pas une pièce spécifique aux archives et une autre pièce pour centraliser le stockage du matériel, cette organisation imposée par l'EHPAD ne figure pas dans le règlement de fonctionnement. Elle est contraire aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 7 :</u> affecter un local spécifique aux archives, réorganiser le stockage de matériel et le formaliser dans le règlement de fonctionnement.</p>	
<p><u>Ecart n° 8:</u> L'EHPAD ne garantit pas pour chaque admission et d'une manière systématique, la recherche du consentement du résident et/ou de la tutelle, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et 4 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 8 :</u> garantir pour chaque admission et d'une manière systématique, la recherche du consentement du résident et/ou de la tutelle.</p>	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place à la clôture de la procédure contradictoire
<p><u>Ecart n°9 :</u> Tous les résidents ne disposent pas d'un Projet de vie personnalisé finalisé, 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 Ehpad), août 2018 ».</p>	<p><u>Prescription n°9 :</u> finaliser les projets de vie pour l'ensemble des résidents.</p>	<p>Février 2023 : tous les projets individuels à jour conformément aux engagements de l'établissement</p>
<p><u>Ecart n° 10:</u> Au moment de l'inspection, la préparatrice en pharmacie prépare les piluliers des résidents dans l'EHPAD sans la présence systématique du pharmacien d'officine. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L4241-1.</p>	<p><u>Prescription n°10 :</u> proscrire la préparation des médicaments par une préparatrice en l'absence de pharmacien.</p>	
<p><u>Remarque n°1 :</u> La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée au sein du groupe ORPEA mais manque d'opérationnalité pour une meilleure appropriation par les professionnels de l'établissement. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008 », p 34 : « 1.4 Formaliser avec les professionnels les supports d'information les plus adaptés ».</p>	<p><u>Recommandation n°1 :</u> renforcer la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>Immédiat</p>
<p><u>Remarque n°2 :</u> les protocoles sont opérationnels pour l'équipe de direction mais le sont peu pour les équipes de soins.</p>	<p><u>Recommandation n°2 :</u> renforcer l'appropriation par les personnels de soins des protocoles de soins infirmiers et à la personne.</p>	
<p><u>Remarque n°3 :</u> La proportion élevée de CDD (supérieure à 80%) parmi le personnel n'est pas de nature à favoriser la stabilité et l'investissement du personnel ainsi que la continuité des soins. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM Qualité de vie en EHPAD (volet 3). La vie sociale des résidents en EHPAD, p 42 : « En favorisant, autant que possible, la stabilité des personnels pour permettre aux résidents et aux professionnels d'établir des relations de confiance ».</p>	<p><u>Recommandation n°3 :</u> renforcer au sein de l'établissement la proportion de personnels de soins stables.</p>	
<p><u>Remarque n°4 :</u> le document intitulé « modalités de remplacement du personnel » est inexact puisqu'il mentionne 2 étages dans la description du remplacement des AS/AMP alors que la structure inspectée est en plain-pied.</p>	<p><u>Recommandation N°4 :</u> le document intitulé « modalités de remplacement du personnel » doit être actualisé en tenant compte que la structure est en plain-pied.</p>	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place à la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque n°5</u> : il manque des barres d'appui à côté du secteur les Bleuets autour de l'ilot office de soins, tisanerie, vidoir.	<u>Recommandation n° 5</u> : installer des barres d'appui à côté du secteur les Bleuets autour de l'ilot office de soins, tisanerie, vidoir.	
<u>Remarque n°6</u> : il n'existe pas de procédure de visite de préadmission.	<u>Recommandation n° 6</u> : formaliser une procédure de préadmission.	
<u>Remarque n°7</u> : Les compte rendus de réunions institutionnelles, sur un plan élaboré par le groupe, sont trop succincts pour refléter l'ensemble des échanges entre professionnels notamment au niveau institutionnel (hors situations individuelles de résidents) ; ce qui n'est pas conforme avec les recommandations 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 19 : « Mettre en place des réunions collectives pour informer sur des évolutions relatives aux populations accompagnées. Selon la typologie de la structure, les réunions collectives pour tous les personnels favorisent une mise à jour des connaissances et une information commune. Ces réunions, mises en place par la direction et/ou l'encadrement de proximité, permettent aussi une première approche des évolutions des textes législatifs et réglementaires de référence ainsi que des évolutions des schémas d'organisation territoriaux et des politiques publiques ».	<u>Recommandation N°7</u> : revoir le contenu des compte rendus de réunions institutionnelles (dactylographiés, explicites, détaillés...).	3 mois après clôture de la procédure contradictoire.
<u>Remarque n°8</u> : le plan de change ne programme pas un change entre 8 et 14H.	<u>Recommandation n°8</u> : compléter les plans de change en rajoutant un change dans la matinée.	
<u>Remarque n°9</u> : Il n'est pas retrouvé de test NPI-ES et de bilan complet spécifique préalable à l'admission en unité Alzheimer contrairement aux recommandations du guide de bonnes pratiques HAS ex ANESM : (accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social).	Recommandation n° 9 : inclure systématiquement un bilan complet spécifique dont les tests NPI-ES dans les dossiers d'admission en unité Alzheimer.	