



Le Directeur général



Le Président du conseil départemental du Nord
Direction générale chargée de la solidarité

à

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

Réf : 2022-DOMS-PPT59-KV
Mission n° 2022_HDF_0046

Lille, le 23 JUIN 2022

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2022 de l'ARS Hauts-de-France, l'EHPAD Le Trèfle d'Argent, sis 16, rue de Fesmy 59360 Le Cateau-Cambrésis, a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier :

- que les conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge de personnes accueillies ou le respect de leurs droits ;
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Cette inspection a été réalisée le 16 février 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 29 avril 2022.

Par courrier reçu par mes services le 9 mai 2022, 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.

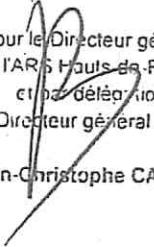
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial Nord de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Nord, par la Direction de l'autonomie. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété des documents demandés.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection présidée par le Directeur général de l'ARS.

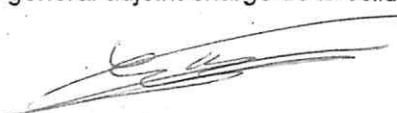
Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

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 général adjoint chargé de la solidarité



Pierre LOYER

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 16 février 2022 de l'EHPAD le Trèfle d'Argent à Le Cateau Cambresis

Ecart (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 (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
Ecart n°1 :	La mission d'inspection a constaté un dépassement de capacité d'hébergement temporaire à hauteur d'une place, ce qui n'est pas conforme à l'autorisation du 23 mars 2012.	Prescription 1: Respecter l'autorisation	1 mois	-
Ecart n°2 :	Le PASA n'est pas en fonctionnement au jour de l'inspection contrairement à l'autorisation de fonctionner qui lui a été accordée par courrier en date du 14 mars 2019.			
Ecart n°3 :	Lorsque le PASA est ouvert, son fonctionnement de 4/7jours n'est pas conforme au cahier des charges relatif au PASA et au Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Prescription n°2: Ouvrir le PASA a minima 5j/7 matin et après-midi	1 mois	-

Ecart n°4 :	<p>Dans la mesure où le CVS n'a pas été consulté, et en l'absence de date permettant de vérifier sa révision selon une périodicité maximale de 5 ans, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF. Pour mémoire, cet écart avait été formulé dans le rapport d'inspection de 2016.</p>	<p>Prescription n°3: Mettre en conformité les outils de la loi 2002-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - réviser le projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et le soumettre au CVS 		
Ecart n°5 :	<p>Au regard de ces éléments, la mission constate que l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide et ne respecte donc pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. Pour mémoire, cet écart avait été relevé lors de l'inspection de 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - réviser le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF et le soumettre au CVS; - organiser au minimum 3 CVS par an conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF; 	6 mois	6 mois
Ecart n°6 :	<p>Le conseil de la vie sociale n'a pas été consulté sur la modification du projet d'établissement en 2019.</p>			

Ecart n°7 :	En ne réunissant pas le CVS 3 fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF. Pour mémoire, cet écart avait également été relevé lors de l'inspection de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> - faire signer les comptes rendus au Président du CVS; 		
Ecart n°8:	Les comptes rendus de CVS n'étant pas signés, le fonctionnement de celui-ci n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311-3 et suivants du CASF.	<ul style="list-style-type: none"> - indiquer les coordonnées téléphoniques des autorités administratives (pour les services du Département : infos-signalement-autonomie59@lenord.fr et pour l'ARS : le Point Focal Régional 03.62.72.77.77 / ars-hdf-signal@ars.sante.fr) dans le livret d'accueil conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 	1 mois	
Ecart n°9:	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007	<ul style="list-style-type: none"> - afficher la charte des droits et libertés de la personne accueillie n'était pas affichée, conformément aux dispositions de l'article L 311-4 du CASF 		
Ecart n°10:	Lors de la visite des locaux, la mission d'inspection a constaté que la charte des droits et libertés de la personne accueillie n'était pas affichée, contrairement aux dispositions de l'article L 311-4 du CASF			
Ecart n°11:	Une situation de mauvais traitement n'a pas été signalée au Procureur de la République contrairement aux dispositions de l'article 434-3 du Code pénal	<p>Prescription n°4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le protocole de signalement des événements indésirables graves; - communiquer auprès des personnels sur les obligations de signalement des situations de mauvais traitement; - signaler les situations de mauvais traitement au Procureur de la République conformément aux dispositions de l'article 434-3 du Code pénal 	1 mois	1 mois

Remarque n°12:	Les obligations de signalement au Procureur ne sont pas précisées dans le protocole de signalement des événements indésirables graves. Pour mémoire, cette remarque avait été relevée lors de l'inspection de 2016			
Remarque n°13:	Les obligations de signalement au Procureur ne sont pas connues des professionnels de l'établissement.			
Ecart n°12:	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°5: S'assurer que les dossiers des agents contiennent un bulletin de casier judiciaire récent	1 mois	1 mois

Remarque n° 15:	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.			
Ecart n°13:	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.			
Remarque n°18:	La mission d'inspection constate un nombre important de recrutement (4AS et 1AV) entre le mois de janvier et le mois de février 2022	Prescription n°6: Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification afin de: - garantir la qualité de la prise en charge et d'accompagnement des résidents conformément aux modalités de l'article L311-3-3° du CASF; - respecter les rythmes de vie collective des résidents	1 mois	2 mois
Remarque n°19:	Selon les plannings, un nombre important de personnels est recruté en renfort, sans qu'il soit précisé à la mission d'inspection			
Remarque n°24:	Le taux d'encadrement des personnels médical, paramédical, AS/AMP de l'établissement (0,35 agent par résident) est inférieur au taux moyen national (0,4 agent par résident)			
Remarque n°27:	Les rythmes de vie collective ne sont pas systématiquement respectés.			

Ecart n°14:	Les 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 ne sont pas respectées compte-tenu des glissements de tâches entre AS/AMP et AV. Pour mémoire, cet écart avait été relevé dans le rapport d'inspection de 2016.	Prescription n°7: Mettre fin aux glissements de tâches	3 mois	
Ecart n°15:	Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D312-156 du CASF qui précise que son temps de présence ne peut être inférieur à 0,50 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places.	Prescription n°8: Mettre en conformité le temps de présence du médecin coordonnateur afin de respecter l'article D312-156 du CASF (0,5 ETP)	6 mois	Dès que possible
Ecart n°16:	La réglementation relative aux contrats de coopération, telle que prévue à l'article R.313-30-1 du CASF, n'est pas respectée pour les médecins libéraux intervenant au sein de l'EHPAD.	Prescription n°9: Faire signer les contrats de coordinations aux médecins libéraux intervenant au sein de l'établissement conformément à l'article R.313-30-1 du CASF	6 mois	6 mois
Ecart n°17:	Contrairement à la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'EHPAD.	Prescription n°10: Mettre en place des formations relatives à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance conformément à la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007	6 mois	-
Ecart n°18:	Le soutien psychologique des équipes n'est pas mis en place, ce qui ne répond pas aux dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004	Prescription n°11: Mettre en place un soutien psychologique des équipes conformément aux dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004	6 mois	-

Ecart n°19:	Dans la mesure où la collation est « proposée » aux résidents et non prise systématiquement, le temps de jeûne séparant le repas du soir (18h15) et le petit déjeuner (à partir de 7h) est parfois supérieur à 12h, contrairement aux dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999.	Prescription n°12: Au vu de l'heure de la prise de repas du soir, proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents afin de respecter les dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999	1 mois	-
Ecart n°20:	Les recommandations HAS de 2011 ne sont pas respectées, en raison notamment du déconditionnement de certains médicaments dans les piluliers. En effet, cette pratique ne permet pas d'identifier les médicaments et d'exercer une vérification effective de l'adéquation de la prescription médicale avec le contenu des piluliers, ce qui peut induire des erreurs d'administration.	Prescription n°13: Mettre fin au déconditionnement des médicaments dans les piluliers conformément aux recommandations de l'HAS	1 mois	-
Remarque n°1 :	La mission d'inspection constate un manque de concordance entre les documents remis/consultés, et les propos recueillis en entretiens sur le nombre de résidents actuellement accueillis au sein de l'établissement, y compris dans le cadre du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.	Recommandation n°1: Mettre à jour les documents relatifs au nombre de résidents accueillis au sein de l'EHPAD (registre, listing des résidents)	1 mois	-
Remarque n°2 :	Depuis l'ouverture de l'établissement en 2013, l'établissement n'a pas atteint sa pleine capacité. Pour mémoire, cette même remarque avait été formulée dans le rapport d'inspection de 2016.	Recommandation n°2: Mettre en place des mesures permettant d'augmenter le taux d'occupation de l'établissement	12 mois	11 mois
Remarque n°3:	Les familles ne sont pas volontaires pour participer à la rédaction du projet d'établissement.	Recommandation n°3: Inciter davantage les familles à participer à la mise à jour du projet d'établissement	6 mois	-
Remarque n°4:	La mission d'inspection constate qu'il manque les annexes du plan bleu.	Recommandation n°4: Rédiger les annexes du Plan Bleu	6 mois	-

Remarque n°5 :	<p>La mission d'inspection constate un fort encadrement du siège ORPEA. L'élaboration de tous les protocoles par le département qualité du siège ne leur permet pas d'être adaptés aux spécificités de l'établissement, ne favorise pas la participation des personnels et de ce fait ne garantit pas leur appropriation.</p>			
Remarque n°8:	<p>En l'absence de connaissance et d'appropriation des protocoles par les personnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.</p>	<p>Recommandation n°5 : Favoriser la participation des équipes de terrain à l'élaboration des protocoles, ce qui permettra de garantir leur appropriation</p>	1 mois	7 mois
Remarque n°10:	<p>Le protocole de gestion des évènements indésirables est peu connu des personnels.</p>			

Remarque n°6:	Les réunions ne font pas l'objet de comptes rendus formalisés. Pour mémoire, cette remarque avait été relevée lors de l'inspection de 2016.	Recommandation n°6: Formaliser les comptes rendus de réunion afin d'avoir une traçabilité et un suivi des échanges	1 mois	1 mois
Remarque n°7 :	L'analyse des questionnaires de satisfaction n'aboutit pas à la mise en place d'actions correctives.	Recommandation n°7: Elaborer chaque année un plan d'action correctives suite à l'exploitation des questionnaires de satisfaction	12 mois	1 mois
Remarque n°9:	Le référent maltraitance n'est pas identifié par tous les professionnels de l'EHPAD	Recommandation n°8: Communiquer sur les missions et le rôle du référent maltraitance au sein de l'établissement	1 mois	1 mois
Remarque n°11:	L'EHPAD ne dispose pas d'un registre de suivi des EIG (recueil, analyse, mesures mises en place, suivi).	Recommandation n°9: Mettre en place un registre de suivi des EIG	1 mois	
Remarque n° 14:	L'EHPAD ne dispose pas d'un registre de suivi des réclamations (recueil, analyse, mesures mises en place, suivi).	Recommandation n°10: Mettre en place un registre de suivi des réclamations	1 mois	
Remarque n°16:	La mission d'inspection constate un manque d'harmonisation des pratiques d'une équipe à une autre.	Recommandation n°11: Harmoniser les pratiques des équipes en mettant en place une instance d'analyse de pratiques	6 mois	6 mois
Remarque n°28 :	Un manque d'harmonisation des pratiques entre équipes est constaté, ce qui ne permet pas d'assurer une prévention de la dépendance à tout moment de la prise en charge.			
Remarque n°17:	A l'analyse des fiches de tâches, il apparaît : - un manque de distinction dans la répartition des tâches entre AS et AV de nuit, empiétant ainsi sur les missions de surveillance et de soins entre AS et AV et entraînant des glissements de tâches (cf. écart 14) ; - que les fiches de tâches AS de nuit (USA) et IDER n'existent pas ; - que la fiche de tâches AS de nuit ne comprend pas la distribution des médicaments (préparés préalablement par l'IDE), contrairement à ce qui a été précisé en entretien ; - que la fiche de poste AV fait mention d'une participation à la toilette des résidents.	Recommandation n°12: Mettre à jour les fiches de tâches	3 mois	2 mois

Remarque n°20:	Le taux d'absentéisme diffère entre les documents internes de l'établissement et les données transmises dans le tableau de bord de la performance.	Recommandation n° 13: Mettre à jour les données et les transmettre à l'ARS et au département. Si le taux est supérieur à 12%, analyser les causes de l'absentéisme et mettre en œuvre un plan d'actions correctives	6 mois	5 mois
Remarque n°21	Les seuils minimum requis pour une prise en charge optimale du résident, mentionnés dans la procédure de gestion des absences, ne sont pas systématiquement respectés (cf. paragraphe plannings supra).	Recommandation n°14: Respecter la procédure interne de gestion des absences	1 mois	1 mois
Remarque n°22:	L'EHPAD n'a pas mis en place d'espaces d'écoute et d'échanges pour les professionnels, ce qui n'est pas conforme aux 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.	Recommandation n°15: Mettre en place un espace d'écoute et d'échanges pour les professionnels	3 mois	7 mois
Remarque n°23:	La mission d'inspection constate que l'IDEC n'est pas formé à l'encadrement, et que cette formation n'est pas programmée.	Recommandation n°16: Former l'IDEC à l'encadrement	12 mois	7 mois
Remarque n°25:	La mission d'inspection constate un manque de vigilance portée à l'intégration des équipes de nuit dans le fonctionnement de l'établissement.	Recommandation n°17: Intégrer davantage le personnel de nuit dans le fonctionnement de l'établissement	3 mois	2 mois
Remarque n°26:	Lors de la visite, la mission a constaté : - l'encombrement d'un couloir au RDC près du PASA suite à la réception récente de cartons d'équipements de protection individuelle (EPI) et de chariots ; - la présence d'un chat, dans son panier installé sur la paillasse de la salle de soins en USA, ainsi qu'un dispositif de distribution de croquettes; - l'absence de concordance entre l'affichage des jours et heures de présence à l'entrée du bureau du médecin coordonnateur et ses heures effectives de présence au sein de l'établissement ; - la signalétique de certains locaux non à jour.	Recommandation n°18: - ranger les locaux; - corriger la signalétique; - installer le panier et le distributeur de croquettes du chat ailleurs que sur la paillasse de l'USA	1 mois	1 mois

Remarque n°29 :	L'animatrice ne dispose pas de formation spécifique à l'animation.	Recommandation n°19: S'agissant des animations: - Former l'animatrice; - S'assurer de l'organisation d'animations quotidiennes, y compris le week-end	3 mois	2 mois
Remarque n°30 :	Au regard de l'inconstance des effectifs évoquée supra et des multiples tâches incombant aux AS (remplacement AV et animatrice), la réalisation d'activités quotidiennes, y compris le week-end, n'est pas garantie.			
Remarque n°31 :	La mission d'inspection constate un manque de variété récurrent dans l'élaboration des repas malgré l'intervention de la diététicienne du groupe et un manque de quantité dans l'unité des grands dépendants à risque de dénutrition majeure de par leur immobilisation.	Recommandation n°20: S'agissant des repas: - s'assurer de la mise en place de repas variés en quantité suffisante; - s'assurer que les repas livrés en chambre soient chauds	1 mois	-
Remarque n°32:	Les plateaux repas livrés en chambre ne sont pas toujours chauds.			
Remarque n°33:	La présence d'une fiche de liaison datée du 1er janvier 2020 dans le classeur dans le classeur stockant les fiches de liaison urgente ne permet pas de s'assurer que la mise à jour de ces fiches soit régulière.	Recommandation n°21: S'agissant de la prise en charge des urgences: - ranger le local afin de permettre un accès immédiat au chariot d'urgence; - mettre à jour régulièrement les fiches de liaison d'urgence; - s'assurer d'une présence IDE chaque week-end pour garantir une bonne prise en charge des urgences	1 mois	-
Remarque n°34:	L'accès au chariot d'urgence n'est pas garanti en raison de l'encombrement du local, ce qui peut constituer une perte de chance pour le résident.			
Remarque n°35:	La présence d'une IDE le week end n'est pas toujours effective (cf. plannings), ce qui peut compromettre la bonne prise en charge des urgences.			

Remarque n°36:	Dans la mesure où l'établissement ne dispose pas d'ergothérapeute, la réalisation du bilan de risque de chutes n'est pas garantie.	Recommandation n°22: S'assurer de la réalisation du bilan de risque de chutes	3 mois	6 mois
Remarque n°37:	Il n'est pas organisé de formation sur la prévention de la déshydratation du sujet âgé, la conduite à tenir en cas de déshydratation, et la canicule.	Recommandation n°23: Organiser des formations sur la prévention de la déshydratation du sujet âgé, la conduite à tenir en cas de déshydratation, et la canicule.	9 mois	7 mois
Remarque n°38:	La mission d'inspection constate un nombre conséquent de résidents qualifiés « incontinent ».	Recommandation n°24: S'agissant des protections, s'assurer:		
Remarque n°39:	La fréquence des changes sur 24h n'est pas régulière.	- d'une fréquence de change plus régulière;	1 mois	
Remarque n°40:	Un manque de matériel nécessaire à la bonne réalisation des changes des résidents a été évoqué.	- de la mise à disposition du matériel nécessaire, en quantité, pour permettre aux professionnels une bonne réalisation des changes		
Remarque n°41:	La procédure relative au circuit du médicament remise à la mission d'inspection ne traite que de la prescription médicamenteuse.	Recommandation n°25: Transmettre la procédure complète relative au circuit du médicament en s'assurant que celle-ci présente toutes les étapes du circuit, de la prescription à la distribution	1 mois	-
Remarque n°42:	Le jour de l'inspection, le coffre à toxiques contenait une fiche individuelle de gestion pour une résidente, alors que la dernière prise de toxique datait du 4 février 2022.	Recommandation n°26: Mettre à jour régulièrement le coffre à toxique	1 mois	-
Remarque n°43:	L'affiche de contrôle des dates de nettoyage et de dégivrage des réfrigérateurs n'est pas renseignée pour le mois de janvier et de février 2022.	Recommandation n°27: Renseigner l'affiche de contrôle des dates de nettoyage et de dégivrage des réfrigérateurs	1 mois	-
Remarque n°44:	Les partenariats ne sont pas formalisés avec l'équipe mobile plaies et cicatrisation, l'EOH du CH le Cateau et le CMP de Le Cateau.	Recommandation n°28: Formaliser les partenariats avec l'équipe mobile plaies et cicatrisation, l'EOH du CH le Cateau et le CMP de Le Cateau	6 mois	6 mois

Remarque n°45:	Deux conventions ne sont pas datées (Centre Hospitalier (CH) de Le Cateau-Cambrésis pour l'ESPrévE et l'équipe mobile de psychogériatrie)	Recommandation n°29: Dater les conventions (Centre Hospitalier (CH) de Le Cateau-Cambrésis pour l'ESPrévE et l'équipe mobile de psychogériatrie)	3 mois	-
----------------	---	--	--------	---