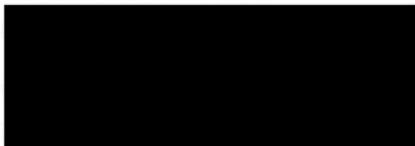




Réf : 2023-DOMS-SDPPA-CM
Mission n° 2023-HDF-00249



Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

et

le président du conseil départemental

à

Madame Claudine Graver
Directrice
EHPAD Résidence de Beaupré
69 ter, rue de l'Abbaye de Beaupré
59253 La Gorgue

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite à l'inspection du 26 septembre 2023 à l'EHPAD « Résidence de Beaupré » sis 69 ter, rue de l'Abbaye de Beaupré à La Gorgue.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée inscrite au programme d'inspection-contrôle 2023 de l'agence régionale de santé et du conseil départemental du Nord en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier les conditions de prise en charge, de sécurité et de bien-être des résidents de l'EHPAD. Cette inspection a été réalisée le 26 septembre 2023.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 22 mars 2024. Par courrier reçu le 16 avril 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En revanche, des modifications ont été apportées aux mesures. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui clôturent la procédure contradictoire.

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

Nous avons pris bonne note des mesures ainsi que de l'ensemble de vos engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des propositions de la mission d'inspection.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale et, pour le Département du Nord, par le pôle offre contractualisation de la direction de l'autonomie, qui sont en charge du suivi de votre établissement.

Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives 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 que le directeur général de l'agence régionale de santé préside.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

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


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

Pierre LOYER

Pièce jointe : tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre
**Inspection du 26 septembre 2023 de l'EHPAD « Résidence de Beaupré », situé 69 ter, rue de
 l'Abbaye de Beaupré 59253 à LA GORGUE**

Ecart(s) (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	<p><u>Ecart n°1</u></p> <p>En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans d'existence, et en ayant pas initié la démarche d'actualisation de ce projet, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 1</u></p> <p>Mettre à jour le projet d'établissement de la structure, puis le soumettre aux instances</p>	6 mois	
E2	<p><u>Ecart n°2</u></p> <p>En ne comportant pas la notice d'information mentionnée à l'article D.311-0-4 du CASF (désignation de la personne de confiance), le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D.311-39 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 2</u></p> <p>Annexer au livret d'accueil la notice d'information mentionnée à l'article D 311-0-4</p>		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E3	<p><u>Ecart n°3</u></p> <p>L'absence de traçabilité satisfaisante et de procédure de gestion des événements indésirables ne permet pas une gestion acceptable des signalements, ce qui ne respecte pas les obligations prévues aux articles L 331-8-1 et suivants du CASF et, est contraire aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Prescription n°3</u></p> <p>Doter l'établissement d'un dispositif opérationnel de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG garantissant une traçabilité de tous les signalements et des suites qui leur auront été réservées ainsi qu'un retour systématique d'information au(x) signalant(s).</p>	1 mois	
E4	<p><u>Ecart n°4</u></p> <p>En ne prenant pas toutes les précautions afin d'éviter que les résidents ne puissent avoir un accès libre à des produits et/ou à des ustensiles dont une utilisation inappropriée serait susceptible de leur porter préjudice, la sécurité des personnes accompagnées devant être garantie à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux en application de l'article L 311-3 du CASF est insuffisamment assurée.</p>	<p><u>Prescription n° 4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Sécuriser l'accès aux portes des meubles de rangement des cuisines de l'UVA et du PASA -Veiller à ce qu'aucune bouteille de produits type détergents, dont une utilisation inappropriée pourrait porter préjudice aux résidents, ne soit laissée à l'avenir sur les chariots destinés à la récupération du linge, stationnés dans les couloirs en dehors des moments d'utilisation de ceux-ci 	1 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E5	<p><u>Ecart n° 5</u></p> <p>Tous les résidents accueillis dans l'EHPAD depuis plus de six mois ne disposent pas d'un projet individualisé, ce qui est contraire à l'article D 311-3 et D 312-155-0 du CASF ainsi qu'aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Prescription n°5</u></p> <p>Mettre en place une organisation garantissant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les résidents actuellement présents au sein de l'établissement puissent disposer d'un projet d'accompagnement personnalisé dans les six mois au maximum - Tous les résidents prochainement accueillis dans la structure soient assurés de pouvoir disposer d'un projet d'accompagnement personnalisé élaboré dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, en association avec le résident et sa famille, au plus tard six mois après leur arrivée dans l'établissement 	2 mois	
E6	<p><u>Ecart n°6</u></p> <p>L'établissement n'actualise pas l'ensemble des projets de vie individualisés de 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 ainsi qu'aux recommandations de l'HAS.</p>	<p><u>Prescription n° 6</u></p> <p>Mettre en place une organisation garantissant que tous les résidents disposant d'un projet d'accompagnement personnalisé puissent bénéficier d'une révision régulière de celui-ci dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire ainsi qu'en association avec le résident ainsi que sa famille.</p>	2 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E7	<p><u>Ecart n° 7</u></p> <p>L'absence de mention de l'identité de chaque résident sur les bouteilles d'eau qui leurs sont destinées ainsi que le manque de traçabilité suffisamment régulière et sécurisée du suivi de l'hydratation des résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge suffisante au sens de l'article L 311-3 du CASF</p>	<p><u>Prescription n°7</u></p> <p>Se mettre en capacité de pouvoir garantir que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sauf contre-indication particulière, chaque résident puisse disposer à tout moment d'un accès à une bouteille d'eau sur laquelle est apposé son nom - Chaque résident puisse bénéficier d'une traçabilité sécurisée du suivi de son hydratation - Le protocole interne de prévention du risque de déshydratation soit suffisamment explicite en matière de définition des modalités de veille et d'identification des signes de déshydratation, d'adaptation des réponses et des conduites à tenir en conséquence, ainsi qu'en matière de sensibilisation et/ou de formation des professionnels au repérage des signes de déshydratation 	1 mois	
E8	<p><u>Ecart n° 8</u></p> <p>Les conditions d'accès aux dossiers médicaux ne garantissent pas le respect des dispositions de l'article L 1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical.</p>	<p><u>Prescription n° 8</u></p> <p>Sécuriser l'accès aux portes de l'armoire située dans le bureau des IDE et dans laquelle sont rangés les dossiers médicaux</p>	Immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R1	<p><u>Remarque n° 1 :</u></p> <p>Le manque de démarche formalisée structurante suffisante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective est contraire aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Recommandation n°1 :</u></p> <p>Instaurer des réunions d'équipes et/ou des temps d'échanges institutionnels réguliers faisant l'objet de compte rendu ou de relevés de conclusions formalisés</p>	1 mois	
R2	<p><u>Remarque n°2 :</u></p> <p>En l'absence de traçabilité et d'analyse globale régulière, l'organisation de la gestion des événements indésirables n'est pas exhaustive et ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Recommandation n°2 :</u></p> <p>Instaurer des temps institutionnels réguliers dédiés à l'analyse des événements indésirables (analyses de pratiques, retours d'expériences, ...) dans l'objectif d'une recherche d'amélioration continue de leur prévention, des modalités de leur analyse, de leur traitement et de leur suivi.</p>		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R3	<p><u>Remarque n° 3 :</u></p> <p>En organisant pas de retour systématique auprès des équipes sur les suites données à une remontée d'informations en cas de situation difficile, l'établissement fragilise la cohérence des actions engagées par les professionnels et insécurise les agents dans leurs pratiques.</p> <p>En l'absence de remontées et de partage d'information systématique en interne concernant les évènements indésirables (FEI, transmissions, réunions, ...), l'établissement ne répond pas aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Recommandation n°3 :</u></p> <p>Organiser un retour systématique auprès des équipes sur les suites données à chaque remontée d'informations en cas de situation difficile et/ou d'évènement indésirable, et pouvoir justifier que ce retour a bien été réalisé (traçabilité écrite)</p>		
R4	<p><u>Remarque n° 4 :</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Recommandation n°4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Engager une réflexion avec les familles et les proches aidants relative aux outils ou aux supports leur semblant les plus à même de leur permettre de déclarer et de suivre facilement leurs réclamations - Mettre en place ce(s) outil(s) de recueil et assurer la traçabilité écrite des données recueillies - Assurer une large information sur la mise en place de ce(s) outil(s) auprès des familles et des proche-aidants 	3 mois	

