

Le Directeur général

**Le Président du conseil départemental
de la Somme**

à

**Monsieur le Directeur général
SA Korian
21-25, rue Balzac
CS 40070
75858 PARIS**

Réf : DOMS-SDPPA-LD
Mission n°2022_HDF_0071

Lille, le **- 8 AOUT 2022**

LETTRÉ RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle des Hauts-de-France pour l'année 2022, l'EHPAD Korian « Les Trois Rives », situé 35, rue de Normandie, 80220 Gamaches, 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 s'assurer de la qualité de la prise en charge, de la sécurité et du bien-être des résidents de l'EHPAD, en s'assurant, plus particulièrement :

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

Cette inspection a été réalisée le 7 mars 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 21 juin 2022.

Par courrier reçu par mes services le 8 juillet 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 de la Somme de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de la Somme, par la Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les dates de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Je vous laisse juger de l'opportunité de transmettre le rapport d'inspection modifié au directeur de l'établissement concerné.

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 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 et par délégation,
L'adjoint de la Directrice générale adjointe
des Solidarités et de l'Insertion,

Éric PARMENTIER

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du [date] de [type et dénomination de l'établissement]

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)
E1	Ecart 1 le registre des personnes accueillies n'est pas mis à jour et paraphé, contrairement aux dispositions de l'article L.331-2 du CASF	Prescription 1 : Mettre à jour et faire parapher le registre des personnes accueillies	Immédiat	
R1	Remarque 1 : les documents et propos relatifs aux personnes accueillies au sein de l'EHPAD ne sont pas concordants et ne permettent pas de connaître avec exactitude l'effectif de la population accueillie au sein de la structure	Recommandation 1 : Mettre à jour l'ensemble des documents relatifs au nombre de résidents de l'EHPAD afin qu'ils correspondent aux effectifs accueillis.	Immédiat	
E2	Ecart 2 : Le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions des articles R.311-33 du CASF	Prescription 2 : Présenter le règlement de fonctionnement au CVS et mentionner la date de présentation dans le règlement de fonctionnement	6 mois	
E3	Ecart 3 : En ne communiquant pas aux usagers la liste des personnes qualifiées consultables l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF	Prescription 3 : Faire figurer dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement la liste des personnes qualifiées et communiquer les documents actualisés aux familles et résidents	Immédiat	
R2	Remarque 2 : Le projet d'établissement en cours de validation (2021-2026) ne	Recommandation 2 : Inclure un projet de soins au sein du projet d'établissement pour la période 2021-2026	6 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)
	comporte pas de projet de soins identifié.			
R3	Remarque3 : La directrice ne dispose ni de lettre de mission, ni fiche de poste	Recommandation 3 : Formaliser la fiche de poste et une lettre de mission pour le directeur	3 mois	
R4	Remarque 4 : Les missions et délégations du « directeur back-up » désigne en l'absence de ka directrice ne sont pas formalisées.	Recommandation 4 : Formaliser les missions et délégations du directeur back up	Levée	
E4	Ecart 4 : L fonctionnement du CVS n'st pas conforme aux dispositions des articles D.311-5 du CASF, en l'absence : - De représentants du personnel - De la signature de l'ensemble des comptes rendus du CVS par son président.	Prescription 4 : Elire un membre titulaire représentant du personnel. S'assurer de la signature de l'ensemble des comptes rendus du CVS par le Président.	6 mois	
R5	Remarque 5 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée au niveau du groupe Korian mais manque d'opérationnalité pour une meilleure appropriation par les professionnels de	Recommandation 5 : Former à travers des formations individuelles et collectives l'ensemble du personnel à la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la	6 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)
l'établissement. En ne formant pas régulièrement le personnel à cette thématique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM qui préconisent 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).	maltraitance afin qu'elle soit connue et appropriée par tous les professionnels.		
R6 Remarque 6 : Le numéro d'appel dédié à l'écoute des situations de maltraitance (3977) n'apparaît ni dans le projet d'établissement, ni dans le livret d'accueil, ni dans le règlement de fonctionnement.	Recommandation 6 : Faire apparaître dans les outils de la loi de 2002 le numéro d'appel dédié à l'écoute des situations de maltraitance (3977).	3 mois	
R7 Remarque 7 : Le livret d'accueil de l'établissement n'est pas régulièrement mis à jour.	Recommandation 7 : Actualiser régulièrement le livret d'accueil.	3 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)
R8	Remarque 8 : La validation préalable de l'EIG par le niveau régional avant transmission de l'EIG aux autorités peut allonger les délais et constituer un risque en termes de traitement de la situation.	Recommandation 8 : Transmettre les EIG aux autorités compétentes (ARS et Conseil Départemental) sans attendre l'aval du niveau régional du groupe.	Immédiat	
R9	Remarque 9 : Les documents du groupe KORIAN sont multiples mais ne sont pas individualisés à l'établissement, les coordonnées des autorités de contrôle ne sont pas renseignées, la procédure manque d'opérationnalité.	Recommandation 9 : Individualiser et rendre opérationnelles les procédures de signalement et de traitement des EIG au niveau de l'établissement.	3 mois	
E5	Ecart 5 : Des événements relevant de la catégorie des EIG tels que définis par décret 2016-1813 du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ne sont pas qualifiés comme tels par l'établissement et ne sont pas transmis aux autorités de contrôle.	Prescription 5 : S'approprier la qualification des EIG tels que définis dans le décret 2016-1813 du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et transmettre l'ensemble des EIG aux autorités compétentes (ARS et Conseil Départemental).	Immédiat	
R10	Remarque 10 : Le protocole de signalement et de gestion des événements indésirables est formalisé mais n'est pas connu de l'ensemble des professionnels. En ce sens, il n'est pas possible d'affirmer qu'un dispositif	Recommandation 10 : Sensibiliser/former l'ensemble des professionnels au protocole relatif au signalement et à la gestion des événements indésirables afin qu'ils soient connus et appropriés par tous les professionnels.	6 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)
	opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des événements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies est en place au sein de la structure.			
R11	Remarque 11 : Les modalités de recueil des plaintes des usagers et de leur famille ne sont pas formalisées, pour autant les réclamations sont bien traitées lors des CODIR.	Recommandation 11 : Formaliser les modalités de recueil des plaintes des usagers.	Levée	
R12	Remarque 12 : Selon les entretiens, les procédures en cas de crise, d'incidents et d'événements indésirables graves ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels.	Recommandation 12 : Informer et former les professionnels sur les procédures en case de crise, d'incidents et d'événements indésirables graves.	Immédiat	
R13	Remarque 13 : En recrutant des professionnels non qualifiés pour les missions exercées, l'établissement ne s'assure pas de la qualification du personnel pour exercer ses fonctions auprès de personnes vulnérables, ce qui représente un risque en termes de maltraitance.	Recommandation 13 : S'assurer du niveau de qualification des professionnels pour chaque poste	Immédiat	

	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)
E6	Ecart 6 : En ne disposant pas de preuve de présentation des bulletins de casier judiciaire vierge, daté et signé des deux parties, pour l'ensemble de son personnel, l'établissement ne démontre pas s'être assuré de la compatibilité du personnel à exercer ses fonctions auprès de personnes vulnérables, et contrevient à l'article L133-6 du CASF.	Prescription 6 : Mettre à jour les dossiers des personnels en insérant le document attestant que l'extrait a été présenté à l'établissement par le salarié et qu'il était vierge. Ce document doit être daté et signé des deux parties.	Immédiat	
R14	Remarque 14 : L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel peut engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle selon les recommandations de la HAS « missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc.2008 ».	Recommandation 14 : Formaliser les fiches de postes manquantes et s'assurer de leur diffusion auprès des personnels concernées	Levée	
R15	Remarque 15 : Aucun document transmis ne formalise par qui sont élaborés les plannings des agents	Recommandation 15 : Formaliser la procédure d'élaboration des plannings.	6 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)
R16	Remarque 16 : Les différentes actions de soutien au personnel ne sont pas suffisamment connues et sont uniquement en interne à l'entreprise alors que la HAS recommande de solliciter éventuellement une aide extérieure si nécessaire (« mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 »)	Recommandation 16 : Formaliser conformément aux recommandations de l'HAS les différentes actions de soutien au personnel et les diffuser auprès de ces derniers.	Levée	
R17	Remarque 17 : L'absence de présence systématique d'IDE présente un risque de rupture de continuité dans les soins et un risque de glissement de tâches.	Recommandation 17 : Elaborer les plannings pour assurer la présence systématique d'un IDE en journée pour garantir la continuité des soins	Levée	
R18	Remarque 18 : en ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communications interne et de transmission d'information , afin d'aider	Recommandation 18 : Mise ne place un dispositif d'analyses des pratiques	6 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)
	les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (Page 23 des recommandations de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance- déc. 2008)			
E7	Ecart 7 : Le stockage de dossiers individualisés archivés dans les vestiaires pour hommes ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents prévus à l'article L311-3 du CASF	Prescription 7 : Stocker les dossiers individualisés archivés dans un endroit adapté et sécurisé	6 mois	
R19	Remarque 19 : L'absence de fermeture de locaux contenant du matériel potentiellement dangereux, le manque d'entretien du local poubelle, l'entreposage de réfrigérateur dans des WC réservés aux professionnels et d'archives dans les vestiaires représentent un risque pour l'hygiène et la sécurité des résidents et des professionnels l'entreposage de	Recommandation 19 : Assurer l'entretien régulier de l'ensemble de l'établissement. S'assurer de la fermeture systématique des accès aux locaux techniques. Assurer l'archivage des dossiers dans des locaux dédiés. Ne pas encombrer des vestiaires et WC.	Immédiat	

	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)
	matériel dans les WC et d'archives dans les vestiaires constituent un facteur de risque professionnel			
R20	Remarque 20 : L'absence d'adaptation de la procédure d'admission du groupe KORIAN à l'établissement ne permet pas de s'assurer du rôle de chacun lors des admissions, et ainsi de s'assurer que l'ensemble des informations nécessaires à une prise en charge individualisée ont été recueillies.	Recommandation 20 : Adapter la procédure d'admission, en indiquant le rôle de chacun et permettant le recueil de l'ensemble des informations nécessaires.	6 mois	
R21	Remarques 21 : la réaction de deux unités de vie protégées sans projet de vie et de soins spécifique ne permet pas de s'assurer que les rythmes individuels des personnes qui sont accueillies sont respectés.	Recommandation 21 : mettre en place un projet de vie et soins spécifique à chaque unité de vie protégée, avec des projets individuels correspondants	6 mois	
R22	Remarque 22 : l'absence de recherche d'alternative systématique induite par la révision mensuelle des contentions contrevient aux recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de nov. 2024(liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité)	Recommandation 22 : réviser la procédure de mise en place et de révision des contentions selon les conférences de consensus, avec la mise en place d'outils internes de gestion.	3 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)
R23	Remarque 23 : une multitude d'acteurs réalisé des animations régulières, en dépit de leurs missions principales	Recommandation 23 : Recentrer les animations autour de l'animatrice et recentrer les autres professionnels sur les missions principales	3 mois	
R24	Remarque 24 : l'absence d'une réévaluation périodique formalisée, et permet pas de s'assurer que le projet de soins individuel reste adapté dans le temps pour la personne accompagnée	Recommandation 24 mettre en place une réévaluation périodique formalisée du projet de soins individuel	6 mois	
R25	Remarque 25 : l'absence d'une réévaluation périodique formalisée, et ne permet pas de s'assurer que le plan de soins reste adapté dans le temps pour la personne accompagnée	Recommandation 25 mettre en place une réévaluation périodique formalisée du plan de soins	6 mois	
R26	Remarque 26 : la multiplication de dossiers papiers et informatisés ne garantit pas un accès sécurisé et rapide à l'ensemble des documents médicaux et de soins de personnes accueillies	Recommandation 26 : Classer l'ensemble des documents et informations des personnes prises en charge dans un dossier unique par personne (de préférence le dossier informatisé).	6 mois	
R27	Remarque 27 : l'utilisation trop partielle du dossier informatisé par les médecins traitants ne permet pas de garantir la traçabilité des prescriptions et informations à caractère médical	Recommandation 27 sensibiliser les médecins traitants afin que ceux-ci inscrivent l'ensemble des prescriptions et informations dans le dossier informatisé	6 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)
R28	Remarque 28 : le manque de formation spécifique en direction des professionnels travaillant dans les unités de vie protégées ne permet pas de garantir une prise en charge adaptée des personnes accueillies dans ces unités	Recommandation 28 : former les professionnels travaillant les unités de vie protégées à l'accompagnement des personnes Alzheimer (formation ASG notamment)	6 mois	
R29	Remarque 29 : l'absence d'adaptation des protocoles de prise en charge au territoire, ne mentionnant notamment pas les partenaires territoriaux pouvant intervenir, ne garantit pas une prise en charge adaptée des escarres ou autres syndromes gériatriques	Recommandation 29 : adapter les protocoles de prise en charge des escarres et autres syndromes gériatriques au territoire, en mentionnant notamment les partenaires territoriaux pouvant intervenir.	3 mois	
R30	Remarques 30 : l'absence de protocole local actualisé, ne mentionnant notamment pas les partenaires territoriaux pouvant intervenir, ne garantit pas une prise en charge adaptées de la douleur	Recommandation 30 actualiser le protocole de prise en charge de la douleur, en y indiquant les partenaires territoriaux pouvant intervenir	3 mois	
R31	Remarque 31 : l'absence constatée de formations suivies par les professionnels sur la prise en charge de la douleur ne permet pas de s'assurer que la prise en charge de la douleur est adaptée	Recommandation 31 : former les professionnels à la prise e charge de la douleur	6 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)
R32	Remarque 32 : l'établissement sollicite rarement l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou l'HAD dans le cadre des soins palliatifs et de fin de vie	Recommandation 32 : solliciter l'équipe mobile de soin palliatifs (EMSP) et L'HAD dans le cadre des soins palliatifs et de fin de vie	3 mos	
R33	Remarque 33 : l'établissement ne mets pas en place d'action et de formation sur la prévention du risque suicidaire dans le cadre des plans de formation	Recommandation 33 : mettre ne place des actions de formations sur la Prévention du risque suicidaire	6 mois	
R34	Remarque 34 : l'absence d'adaptation des protocoles de prise en charge au territoire, ne mentionnant notamment pas les partenaires territoriaux (notamment le CH d'Abbeville) ne garantit pas une prise en charge a du risque suicidaire	Recommandation 34 : adapter le protocole de prise en charge et/ ou d'alerte du risque suicidaire, en lien avec le CH d'Abbeville	3 mois	
R35	Remarque 35 : les DLU ne sont pas actualisés de manière périodique	Recommandation 35 : actualiser les DLU de manière périodique.	6 mois	
R36	Remarques 36 le manque de tenue et d'organisation du local dédié pour le change ne permet pas de suivre le stock de manière satisfaisante, et ainsi d'assurer que chaque résident ait en permanence des changes adaptés	Recommandation 36 organiser le local dédié aux changes ainsi que le suivi du stock	3 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)	
R37	Remarque 37 : l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est insuffisante et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec des partenaires travaillant dans son environnement médico-social.	Recommandation 37 développer les partenariats avec les partenaires médico-sociaux du territoire	6 mois	