

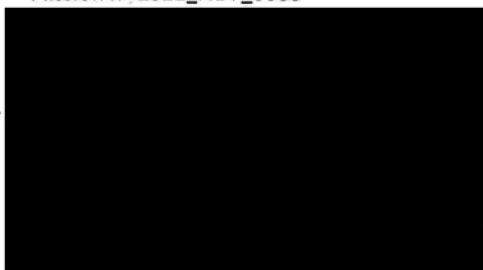


**Le directeur général**

**Le président du conseil départemental  
de l'Aisne  
Direction des politiques d'autonomie  
et de solidarité**

Mission n° 2022\_HDF\_0039

Lille, le 30 MAI 2023



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle pour l'année 2022, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection inopinée au sein de l'EHPAD « La Dorine » situé 17, Rue Antoine Sue à Hirson (02500) 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, 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 et de lutte contre la maltraitance y existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Cette inspection s'est déroulée sur site le 11 février 2022. Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 23 septembre 2022.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport d'inspection. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui clôturent la procédure contradictoire.

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

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 et des engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des propositions de la mission d'inspection.

Le contrôle de la mise en œuvre des mesures correctives notifiées sera assuré, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Aisne, par le service qualité et évaluation de la direction de la qualité, de l'offre, de la tarification et de l'évaluation. Aussi, vous voudrez bien leur 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.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre le présent courrier à la directrice d'exploitation de l'EHPAD.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection.

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.



Hugo GILARDI

Le président du conseil départemental



Nicolas FRICOTEAUX

Pièce jointe :

- tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre suite à l'inspection du 11 février 2022**  
**de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ORPEA « La Dorine »**  
**situé 17 Rue Antoine Sue à HIRSON (02500)**

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-13 du CASF.	P1 : Consulter l'avis du CVS pour la validation du règlement de fonctionnement conformément à l'article R311-13 du CASF.		
R1	Le règlement de fonctionnement ne comprend pas de paragraphe spécifique pour les résidents en Unité de Soins Adaptés (USA).	R1 : Intégrer un paragraphe spécifique dans le règlement de fonctionnement pour la prise en charge des résidents en Unité de Soins Adaptés (USA).		
E2	En l'absence de date permettant de vérifier sa consultation auprès du CVS, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet d'établissement est établi pour une durée de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ».	P2 : Indiquer, dans le projet d'établissement, la date de consultation auprès du conseil de vie sociale conformément aux dispositions du CASF	2 mois	
R2	Le projet d'établissement, non actualisé, ne permet pas de rendre compte de l'organisation et du fonctionnement actuel de la structure.	R2 / R3 : Actualiser le projet d'établissement qui comprend notamment le projet de soins.	2 mois	
R3	Le projet de soins issu du projet d'établissement n'est pas actualisé.			
R4	Au regard de l'organigramme, le poste de l'adjointe de direction est vacant.	R4 : Veiller à mettre à jour l'organigramme de la structure.		

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E3	Aucun compte-rendu du CVS sur la période du 18 octobre 2021 jusqu'à ce jour ne fait mention de la transmission d'une copie de la délégation de compétences et de missions confiées à la directrice de l'EHPAD en date du 3 janvier 2022 au CVS ce qui n'est pas conforme à l'article D312-176-5 du CASF.	P3 : Transmettre la copie de la délégation de compétences et de missions confiées à la directrice de l'EHPAD au CVS et l'inscrire dans le compte rendu.		
E4	En ne réunissant pas le CVS trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	P4 : Réunir le CVS trois fois par an conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.		
R5	Compte tenu de l'absence de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, de connaissance et d'appropriation des protocoles par les professionnels, de désignation et clarification des missions des référents bientraitance, 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.	R5 : Elaborer un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, avec des mesures de connaissance et d'appropriation des protocoles par les professionnels (informations et émargements) et de désignation voire de clarification des missions des référents bientraitance.		
R6	Les protocoles de gestion des réclamations et des événements indésirables ne sont pas connus et le classeur permettant de retranscrire ces événements indésirables n'est pas connu ni utilisé.	R6 : S'assurer de la prise de connaissance, par le personnel, des protocoles de gestion des réclamations et des événements indésirables ainsi que le classeur permettant de retranscrire ces événements indésirables afin que ceux-ci soient utilisés.		
R7	Les modalités de recueils, d'analyse et de suivi des événements indésirables ne sont pas assurées au sein de l'EHPAD.	R7 : Mettre en place les modalités de recueils, d'analyse et de suivi des événements indésirables.		
R8	L'EHPAD ne dispose pas d'un registre de suivi des réclamations (recueil, analyse, mesures mises en place, suivi).	R8 : Mettre en place un registre de suivi des réclamations.		
R9	L'insuffisance d'information et de formation concernant les protocoles ou conduites à tenir en cas d'évènement indésirable grave ne garantit pas leur appropriation et application auprès des personnels.	R9 : S'assurer de la prise de connaissance des protocoles ou conduites à tenir par le personnel par le biais de notes de service / réunions d'informations et de formations.		

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R10	L'instabilité au niveau des fonctions de direction (changement de trois directrices et une adjointe de direction sur une période d'un an et demi) ne garantit pas un encadrement et fonctionnement optimal au sein de l'établissement.	R10 : Garantir un encadrement et fonctionnement optimal au sein de l'établissement par une stabilité de l'équipe de direction.		
E5	L'absence de diplôme des auxiliaires de vie et de l'animatrice dans le dossier du personnel ne garantit pas la qualification du personnel nécessaire à la prise en charge des résidents.	P5 : Veiller à la complétude des dossiers du personnel, notamment avec les diplômes.		
R11	L'absence d'actualisation et d'information des fiches de tâches précisant pour chaque professionnel ses missions et responsabilités est de nature à engendrer un risque de maltraitance due à une mauvaise compréhension de leur rôle.	R11 : Actualiser les fiches de tâches afin qu'elles correspondent aux missions réalisées par le personnel et les porter à connaissance des personnels.		
E6	Les AV réalisent des tâches dévolues aux missions à l'AS/AMP ce qui est contraire aux dispositions des articles R.4311-3 et R.4311-4 du CSP.	P6/P7 : S'assurer du respect des missions dévolues aux AV et aux AS	Sans délai	
E7	L'aide à la prise de médicaments par les AS n'est pas formalisée dans un protocole. De plus, ces AS ne sont pas formés à cette fonction. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article L.313-26 du CASF.			
R12	Les professionnels ne changent pas d'affectation aux niveaux des différents services, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM	R12/13/28 : Poursuivre la réorganisation des plannings permettant de garantir une prise en charge optimale des résidents et d'améliorer les conditions de travail du personnel.	2 mois	
R13	Au regard de l'instabilité de l'équipe (turn over, glissements de tâches et difficultés de recrutements), la réflexion quant à la réorganisation de la prise en charge globale est à poursuivre conformément aux recommandations de la HAS-ANESM.			

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R14	La procédure de gestion des absences et des remplacements n'est pas formalisée.	R14 : Formaliser la procédure de gestion des absences et de remplacements.		
R15	Il n'est pas toujours possible pour les AS ou les IDE de prendre une pause le matin en raison de la charge de travail.	R15 : Réorganiser les plannings afin de respecter ces temps de pause.		
R16	Les procédures relatives à l'organisation du travail lors des coupures n'ont pas été remises à la mission d'inspection.	R16 : Fournir à la mission les procédures relatives à l'organisation du travail lors des coupures.		
R17	L'insuffisance des réunions d'information, l'impossibilité pour certains agents de prendre part aux transmissions ne permet pas à l'EHPAD de mettre en place une coordination efficace des informations portant notamment sur la prise en charge des résidents et l'organisation du travail.	R17 : S'assurer de la participation du personnel aux réunions et transmissions mises en place au sein de l'EHPAD permettant de garantir une prise en charge coordonnée des résidents.		
R18	L'absence de la psychologue depuis plusieurs mois ne garantit pas une prise en charge de la santé mentale des résidents.	R18/21/30 : Mettre en place des actions de soutien psychologique aux équipes.	2 mois	
R19	L'établissement a remis à la mission une liste des agents présents le jour de l'inspection sans les ETP et une liste des salariés ne comportant pas le nombre d'ETP ce qui n'était pas conforme aux attentes de la mission.	R19 : Fournir à la mission la liste des salariés et le nombre d'ETP présent le jour de l'inspection.		
R20	L'insuffisance de programmation et réalisation des formations bientraitance dans les plans de formation. Les mini formations sont réalisées lors des temps de transmission. Elles font l'objet d'un bilan des connaissances (QCM) et d'un rappel. Toutefois, le temps dédié de 30 minutes ne peut pas être identifié comme formation en tant que telle.	R20 : Mettre en place des plans de formations avec des temps de formation bientraitance identifiées.		

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R21	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.	R18/21/30 : Mettre en place des actions de soutien psychologique aux équipes.		
R22	Comparé au second test, le délai d'intervention d'un agent au premier test appel malade.	R22 : Répondre aux besoins des résidents et intervenir lors de sollicitations via les appels malades.	Sans délai	
R23	Le rôle défini de chaque intervenant lors de l'admission est à clarifier et doit correspondre au protocole d'admission et projet d'établissement.	R23 : Clarifier les missions de chaque personnel lors des admissions et mettre à jour si nécessaire le protocole d'admission afin qu'il corresponde aux missions réalisées par chaque agent.	2 mois	
R24	L'évaluation du séjour des résidents n'est pas systématique et ne fait pas l'objet d'une périodicité définie	R24 : Evaluer le séjour des résidents et définir une périodicité.	Immédiat	
R25	Les projets personnalisés ne sont pas actualisés selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS, malgré le recueil des habitudes de vie à l'entrée du résident.	R25 : Actualiser les projets personnalisés selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS.	3 mois	
E8	En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311.3 du CASF et n'est pas conforme avec les orientations de la HAS-ANESM.	P8 : Mettre en place des projets individualisés.	3 mois	
R26	L'absence d'évaluation annuelle du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins.	R26 : Evaluer annuellement les projets de vie individualisés afin d'adapter les modalités d'accompagnement des résidents en fonction de leurs évolutions de leurs besoins.	3 mois	

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R27	En l'absence de connaissance par le personnel des réunions mises en place et de la présence de l'ensemble des agents aux réunions et transmissions, l'EHPAD n'offre pas des conditions optimales de circulation de l'information.	R27 : Mettre en place des temps de réunions, d'informations et de transmissions avec l'ensemble des résidents afin d'offrir les conditions optimales de circulation d'information et des mêmes niveaux de connaissances.		
R28	Un absentéisme récurrent et une organisation de travail qui engendre des problèmes de communication entre les équipes impactent d'une manière les conditions du travail des salariés.	R12/13/28 : Poursuivre la réorganisation des plannings permettant de garantir une prise en charge optimale des résidents et d'améliorer les conditions de travail du personnel.		
R29	La salle de bain commune de l'UGD qui ne fonctionne pas et des horaires de couchers non concertés avec les résidents ne répondent à la qualité de bien-être de ces derniers.	R29 : Veiller à ce que la salle de bain commune soit fonctionnelle et revoir l'organisation des couchers afin que le rythme de vie des résidents soit respecté	2 mois	
R30	L'EHPAD n'a pas mis en place un espace d'écoute et d'échanges entre les professionnels, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la HAS-ANESM	R18/21/30 : Mettre en place des actions de soutien psychologique aux équipes.		
R31	Le rythme de vie de certains résidents n'est pas adapté ce qui ne respecte pas les recommandations ANESM/HAS.	R31: Adapter et respecter le rythme de vie des résidents selon les recommandations ANES/HAS.	3 mois	
R32	La notion de référents est à clarifier pour les agents et à organiser afin d'en assurer l'effectivité.	R32 : Clarifier et organiser la mise en place de référents auprès des agents afin d'en assurer l'effectivité.		
R33	Les animations proposées ne sont pas adaptées au profil de certains résidents.	R33 : Proposer des animations adaptées en fonction des profils et degrés d'autonomie des résidents.		
E9	L'absence de projet de soins individuel réévalué et coordonné entre les professionnels pour chaque résident est contraire aux dispositions figurant aux articles R.4311-3 et R.4311-4 du CSP.	P9 : Etablir pour chaque résident un projet de soins individuel et procéder à sa réévaluation.	3 mois	
R34	La traçabilité des entrées et sorties des changes et protections individuelles n'est pas mise en place.	R34 : Mettre en place une traçabilité des entrées et sorties des changes et protections individuelles.		



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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
			1 mois	
R35	Il n'existe pas de protocole sur la réalisation des changes.	R35 : Etablir un protocole sur la réalisation des changes et s'assurer de sa mise en œuvre par le personnel.	2 mois	
R36	Le dispositif Vieconnect peut être utile dans le respect du rythme de vie et évite de réveiller systématiquement les résidents la nuit. Toutefois, il ne permet pas de garantir pour tous les résidents le maintien de l'intégrité de la peau et la prévention des escarres.	R36 : Réaliser des changes réguliers malgré le dispositif Vie Connect afin de maintenir l'intégrité de la peau et éviter les escarres.		
R37	Aucune convention de partenariat n'est établie avec d'autres établissements médico-sociaux.	R37 : Formaliser des conventions partenariales avec des établissements médico-sociaux.	3 mois	