

**Le Directeur général**

**Le Président du conseil départemental  
de l'Aisne  
Direction générale chargée de la solidarité**

**A**

**Monsieur le Directeur général  
Groupe ORPEA  
12, rue Jean Jaurès  
92 800 PUTEAUX**

Lille, le

Réf : D3SE-SDIC-JLT  
Mission n° 2022\_HDF\_0044



**LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le Directeur général

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2022, l'EHPAD ORPEA « Résidence Joseph Franceschi » à Tergnier 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, 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 a été réalisée le 22 février 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 4 mai 2022

Par courrier reçu par mes services le 9 juin 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, Nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

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, par le service qualité et évaluation de la direction de la Qualité, de l'Offre, de la Tarification et de l'Evaluation. 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'agrérer, Monsieur le Directeur général, l'assurance de notre considération distinguée.

Pr Benoît VALLET

Isabelle LETRILLART

Pièce jointe :

- Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Inspection du 22/02/2022 de l'EHPAD ORPEA « Joseph Franceschi » à Tergnier**

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
E1	Le dépassement des capacités d'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés n'est pas conforme à l'article L313-1 du CASF qui dispose que « tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente ».	P1	Le dépassement des capacités d'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.	
E2	L'établissement pratique l'hébergement temporaire sans en avoir l'autorisation.	P2	L'établissement n'est pas autorisé à pratiquer l'hébergement temporaire.	
E3	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement complet, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R311-33 et R311-35 du CASF.	P3	Elaborer un règlement de fonctionnement complet, conforme aux dispositions des articles R311-33 et R311-35 du CASF.	
E4	En n'ayant pas encore validé le projet d'établissement, l'EHPAD n'est pas conforme aux exigences de l'article L.311-8 du CASF.	P4	Valider le projet d'établissement conformément à l'article L.311-8 du CASF.	
R1	L'organigramme n'a pas été actualisé depuis novembre 2020	R1	Actualiser l'organigramme de l'établissement	

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
E5	Le nombre de réunions effectives du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF qui précise qu'il doit être réuni au moins trois fois par an.	P5	Réunir au moins trois fois par an le conseil de la vie sociale conformément à l'article D311-16 du CASF.	
R2	L'établissement ne respecte pas de façon exhaustive le protocole ORPEA intitulé « maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives »	R2	Respecter le protocole « maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives », en veillant notamment à inclure dans le dossier de chacun des personnels, leur diplôme ainsi que le bulletin n°3 de leur casier judiciaire.	
R3	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée au sein du groupe ORPEA. La mission a constaté qu'elle est insuffisamment connue des professionnels de l'établissement, qui ne s'en sont pas approprié les principes.	R3	Faire mieux connaître la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance à l'ensemble des professionnels afin que qu'ils puissent s'approprier les principes.	
R4	Le protocole de signalement et de gestion des événements indésirables manque d'opérationnalité et d'appropriation par le personnel.	R4	Rendre plus opérationnel le protocole de signalement et de gestion des événements indésirables et veiller à son appropriation par le personnel.	
R5	L'absence d'information du résident victime de l'événement indésirable ne répond pas aux prérequis avant de se lancer dans une analyse d'EIAS (Événement indésirable associé aux soins) mentionnés dans le guide HAS « l'analyse des événements associés aux soins » de juillet 2021 validé par le Collège le 23 septembre 2021.	R5	Informier le résident dans le cas où celui-ci ferait l'objet d'un signalement pour événement indésirable grave.	

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
R6	La procédure existe mais n'est que partiellement appliquée et les réclamations ne font pas l'objet d'une analyse en équipe au sein de l'EHPAD. Le traitement des réclamations manque d'opérationnalité notamment concernant la mise en place de plans d'action	R6	Assurer une analyse de chaque réclamation afin de mettre en place les actions adéquates.	
E6	la directrice n'a pas justifié la qualification exigée pour exercer sa fonction de directeur d'ESMS conformément à l'art. D312-176-6 CASF pour les ESMS privés.	P6	La directrice doit justifier d'une qualification conforme à l'article D312-176-6 CASF, ou justifier d'une inscription à une formation, en vue d'une qualification conforme à l'article D312-176-6 CASF.	3 mois
E7	En l'absence de diplôme dans les dossiers des personnels AV, et en l'absence de mentions sur les diplômes requis dans la fiche métier de ces derniers, le gestionnaire ne s'assure pas de la qualification du personnel AV comme le prévoit l'article L312-1-II, al.4 CASF.	P7	L'établissement doit s'assurer de la qualification du personnel AV comme le prévoit l'article L312-1-II, al.4 CASF.	Immédiat
R7	Il n'y a pas de fiche métier pour le poste de "maitresse de maison" précisant notamment sa mission d'encadrement des AV	R7	L'établissement doit élaborer fiche métier pour le poste de "maitresse de maison" précisant notamment sa mission d'encadrement des AV	3 mois

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
R8	Il existe un glissement de tâches entre AVS et AS sur les tâches de ménage, les aides-soignantes effectuent des tâches dévolues aux auxiliaires de vie.	R8	L'établissement doit mettre fin au glissement de tâches entre AVS et AS sur les tâches de ménage.	Immédiat
R9	Les rythmes de travail ne permettent que partiellement la prise en compte du rythme de vie des résidents ce qui est contraire aux recommandations HAS « qualité de vie en EHPAD ».	R9	Veiller à ce que les rythmes de travail des professionnels prennent en compte le rythme de vie des résidents comme le recommande la HAS.	3 mois
R10	L'établissement a recours de manière très fréquente aux remplacements sur des CDD courts pour les remplacements de congés, maladie et formation ce qui présage d'une tension RH importante et donc des conséquences évidentes sur la prise en charge des résidents.	R10	Maintenir une masse salariale stable au sein de l'établissement et proposer des contrats pérennes.	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
R11	L'absentéisme n'a pas donné lieu à une analyse des causes et à la mise en place d'actions correctives. Le turn-over du personnel ne favorise pas le repère des résidents.	R11	Analyser les causes et mettre en place des actions correctives permettant de réduire l'absentéisme et le turn-over au sein de l'EHPAD.	Immédiat
R12	La politique RH qui ne prévoit pas d'effectifs permanents suffisant pour absorber les absences conduit à un recours important de CDD courts, avec un impact sur la prise en charge, l'accompagnement et le bien-être des résidents.	R12	Prévoir dans la politique RH de l'établissement des effectifs permanents suffisants pour faire face aux absences éventuelles des professionnels.	3 mois
R13	L'Ehpad n'a pas mis en place des espaces d'écoute et d'échanges pour les professionnels. Cette organisation 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.	R13	Mettre en place des espaces d'écoute et d'échanges pour les professionnels.	3 mois
R14	R14		Installer un équipement de type baignoire afin de permettre aux résidents qui ne peuvent prendre de douche de bénéficier de bains.	1 an

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
R15	La mission d'inspection n'a pas retrouvé de bilan d'intégration dans les dossiers des résidents	R15	Réaliser un bilan d'intégration lors de chaque admission et le traçer dans le dossier du résident.	
E8	La mission d'inspection n'a pas retrouvé de trace du consentement formalisé dans les dossiers des résidents	P8	Veiller à ce que consentement formalisé du résident soit intégré dans son dossier.	
E9	La structure n'a pas de médecin coordonnateur.	P9	Recruter un médecin coordonnateur.	
R16	Les goûts alimentaires, les pratiques de toilettes et d'endormissements ne font pas l'objet d'un recueil formalisé.	R16	Formaliser pour chaque résident le recueil des goûts alimentaires, des pratiques de toilettes et d'endormissement.	
R17	La traçabilité de la signature des projets personnalisés par le résident et sa famille n'est pas effective.	R17	Assurer une traçabilité de la signature des projets personnalisés par le résident et sa famille.	
R18	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 (ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé », décembre 2008 et « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012.	R18	Assurer une évaluation au minimum annuelle, du projet de vie individualisé de chaque résident.	
R19	Les rythmes individuels et les désirs des personnes ne sont pas renseignés dans les dossiers des résidents.	R19	Renseigner les rythmes individuels et les désirs des personnes dans chacun des dossiers des résidents.	

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
R20	L'organisation du travail ne permet pas de respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher).	R20	Respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge.	
R21	Les animations proposées sont irrégulières, peu satisfaisantes dans leur contenu et les sorties en extérieurs sont insuffisantes.	R21	Proposer des animations régulières prenant en compte l'analyse de l'enquête de satisfaction ainsi que des sorties en extérieurs plus nombreuses.	
R22	Aucune commission menu n'est formalisée au sein de l'établissement permettant de recueillir l'avis des professionnels des différents corps de métier impliqués dans la restauration (direction, achats, restauration, soins, diététique-nutrition...), ainsi que celui d'un ou plusieurs représentants des résidents	R22	Formaliser une commission menu.	
R23	La qualité et l'équilibre alimentaire sont contestés pas des résidents et au travers du CVS.	R23	Veiller à ce que la qualité et l'équilibre alimentaire soit assurée au sein de l'Ehpad.	
R24	Dans le dossier de soins de trois résidents, l'onglet "plan de soins" n'est pas renseigné.	R24	Renseigner le plan de soins dans le dossier des résidents.	Immédiat
R25	Les professionnels ne sont pas suffisamment formés aux besoins et attentes des résidents accueillis dans l'unité de vie Alzheimer, permettant d'améliorer leur prise en charge et d'éviter les risques de maltraitance.	R25	Former les professionnels des unités de vie Alzheimer aux besoins et attentes des résidents qui y sont accueillis.	6 mois

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
R26	La mission n'a pas eu connaissance d'un protocole escarre faisant notamment le lien avec la nutrition, la déshydratation et l'utilisation à un matelas de prévention.	R26	Elaborer un protocole escarre prenant en compte les aspects nutritionnels et d'hydratations du résident ainsi que l'utilisation de matelas de prévention.	3 mois
R27	La mission n'a pas eu connaissance d'un protocole de prise en charge et/ou d'alerte du risque suicidaire.	R27	Elaborer un protocole de prise en charge et/ou d'alerte du risque suicidaire.	3 mois
R28	Il existe deux procédures de gestion des situations d'urgence, ce qui rend complexe la conduite à tenir pour les agents.	R28	Formaliser une seule procédure "gestion des situations d'urgence".	3 mois
R29	La traçabilité du matériel de l'EHPAD ne peut être effectuée puisqu'il n'existe pas d'outil de traçabilité des stocks	R29	Mettre en place un outil de traçabilité des stocks.	6 mois
R30	Il n'existe pas de protocole sur les changes prévoyant notamment l'évaluation des besoins des résidents.	R30	Formaliser un protocole sur les changes.	3 mois