



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Le Directeur général



La Présidente du conseil départemental  
de l'Oise

à

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

Lille, le

Réf : 2022-Direction de l'offre médico-sociale-DC  
Mission n° 2022\_HDF\_37



### **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 du Docteur Hallot » à Noyon 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 16 février 2022 sur place et s'est poursuivie par des entretiens à distance le 17 février 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 14 mars 2022.

Par courriel reçu par nos services le 24 mars 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.

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, 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.

Le Directeur général,

Pour la Présidente du Conseil Départemental  
et par délégation,

Pièce jointe :

- Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

**Mesures correctives à mettre en œuvre**  
**Inspection des 16 et 17 février 2022 de l'EHPAD ORPEA de Noyon**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Injonction (I) / mise en demeure (MED) / prescription (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
E1 : L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement formalisé établi en déclinaison des articles L.311-8 et D.311-38 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription n° 1 : Finaliser et adopter le projet d'établissement, après consultation du conseil de la vie sociale. Ce projet devra préciser notamment la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre au sein de l'établissement, ainsi que, plus globalement, la politique de gestion des risques.	3 mois	
R1 : La politique globale de prévention de la maltraitance n'est pas formalisée, en l'absence de projet d'établissement (cf E1).	Recommandation n° 1 : Formaliser la politique globale de prévention de la maltraitance dans le cadre du projet d'établissement (cf P1), afin de mettre en cohérence les actions définies, de faciliter leur mise en œuvre, leur appropriation par les professionnels et leur suivi.	3 mois	
R2 : Le dispositif de recueil, d'analyse et de traitement des incidents ou événements indésirables graves est insuffisamment connu du personnel et mis en œuvre. En particulier, l'organisation définie ne garantit pas, de manière systématique, le repérage, la mise en œuvre de l'obligation de signalement aux autorités administratives compétentes (telle que prévue aux articles L.311-8-1, R.331-8 et R.331-9 du code de l'action sociale et des familles), et le traitement des événements indésirables susceptibles de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies.	Recommandation n° 2 : Organiser l'acculturation du personnel au signalement des incidents et événements indésirables graves susceptibles de compromettre la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral des personnes accueillies.	/	
E2 : Compte tenu de l'écart constaté entre le tableau d'effectifs réels et le tableau d'effectifs budgétés, en particulier pour ce qui concerne les effectifs d'aides-soignants et d'infirmiers, l'établissement ne garantit pas la présence quotidienne de personnel qualifié en nombre suffisant, notamment pour le fonctionnement de l'USA et l'organisation des soins de nursing (le matin et en fin d'après-midi), ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription n°2: Garantir la présence de personnel qualifié en nombre suffisant pour chaque unité et / ou service, afin d'assurer la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents, conformément à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.	3 mois	
R3 : L'accès à l'information obligatoire ou utile, notamment pour les visiteurs et proches des résidents, n'est pas assuré de manière efficiente.	Recommandation n° 3 : Améliorer l'affichage des informations obligatoires et utiles, notamment : - Les arrêtés relatifs à la tarification - Les horaires de visite - La charte de la personne accueillie - Le règlement de fonctionnement - Les coordonnées 3977	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Injonction (I) / mise en demeure (MED) / prescription (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
R4 : La gestion des appels-malade n'est pas pleinement fonctionnelle, de nature à permettre l'intervention rapide auprès du résident du professionnel le plus à-même d'intervenir.	Recommandation n° 4 : Réorganiser la gestion des appels-malade, afin de garantir une intervention rapide auprès du résident.	3 mois	
R5 : Les modalités actuelles de constitution des dossiers administratifs d'admission des résidents n'apportent pas la garantie d'une recherche et d'un recueil effectifs du consentement de la personne avant son entrée, ainsi que de la désignation d'une personne de confiance, dans la mesure où cette recherche n'est pas systématiquement tracée.	Recommandation n° 5 : systématiser le recueil du consentement écrit du résident ou conditionner son absence à l'existence d'une mesure judiciaire de mise sous protection de la personne accueillie, et toujours proposer au résident la désignation d'une personne de confiance. Assurer la traçabilité et le suivi de ces démarches dans le dossier du résident.	/	
E3 : La délivrance des médicaments au sein de l'USA, assurée le matin par une aide-soignante seule, n'est pas organisée dans le respect des articles R.4311-4, R.4311-5 et R.4311-7 du code de la santé publique.	Prescription n° 3 : Réorganiser la délivrance des médicaments le matin au sein de l'USA, afin de respecter les dispositions des articles R.4311-4, R.4311-5 et R.4311-7 du code de la santé publique.	3 mois	
R6 : Il n'y a pas d'ASG au sein de l'unité spécialisée Alzheimer, ce qui ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS (« L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »).	Recommandation n° 6 : Diversifier la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant au sein de l'USA, en recrutant ou formant des assistants de soins en gérontologie, afin d'améliorer la qualité et le suivi de la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer	6 mois	
R7 : Des partenariats avec d'autres acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire sont à rechercher et/ou à formaliser, notamment avec la MAIA (à moyen terme, le dispositif d'appui à la coordination), les services d'aide et de soins à domicile, les dispositifs d'aide et de soutien aux aidants.	Recommandation n° 7 : Diversifier et formaliser des partenariats avec les autres opérateurs médico-sociaux du territoire de proximité, notamment les acteurs de la coordination, de l'aide et des soins à domicile, du répit et de l'aide aux aidants.	6 mois	