



Le Directeur général



**Le Président du conseil départemental
de l'Aisne**

à

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

Réf : 2022-Direction de l'offre médico-sociale-
Mission n° 2022_HDF_0042

Lille, le 23 JUN 2022

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives relatives à l'inspection de l'EHPAD ORPEA « Les Beaux-Arts » de Fère-en-Tardenois (02130) des 23 et 24 février 2022.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2022, l'EHPAD ORPEA « résidence des Beaux-Arts » à Fère-en-Tardenois (02130) 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 23 et 24 février 2022 sur place et s'est poursuivie par des entretiens à distance les 27 et 28 février 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés par courrier du 5 avril 2022

La mission a bien reçu les observations que vous avez bien voulu transmettre le 14 avril 2022 et vous en remercie. Elle n'a pas apporté de modification au rapport d'inspection. L'analyse de vos réponses a permis à la mission de lever 1 prescription et de maintenir 19 recommandations et 12 prescriptions dont certaines sont en cours de réalisation.

En conséquence, vous trouvez ci-joint l'analyse des réponses apportées ainsi que les décisions finales, qui clôturent la procédure contradictoire. A ce titre, nous vous demandons de bien vouloir mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint en annexe. Le contrôle de leur mise en place sera assuré par mes collaborateurs du pôle de proximité de l'Aisne de la direction de l'offre médico-sociale.

Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées dans le tableau des décisions finales, complété par les délais effectifs de mise en œuvre des actions prévues et les documents demandés.

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

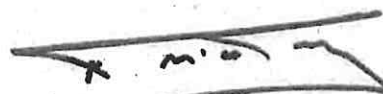
Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de leur notification.

Nous vous laissons le soin de transmettre le présent courrier au président du conseil d'administration de l'EHPAD.

Directeur général

Pr Benoît VALLET

Le Président du Conseil départemental



Nicolas FRICOTEAUX

Pièce jointe :

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

Mesures définitives

Inspection des 23 et 24 février 2022 de l'EHPAD ORPEA Les Beaux-Arts de Fère-en-Tardenois (02130).

Écarts (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
Ecart N°1 L'établissement n'a pas d'autorisation délivrée par les autorités compétentes pour réaliser de l'hébergement temporaire, par conséquent ne respecte pas les dispositions de l'article L313-1 du CASF.	Prescription N°1 L'établissement doit régulariser la situation relative aux autorisations des places de court séjour.	Juin 2022
Ecart N°2 L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement formalisé établi conformément aux articles L.311-8 et D.311-38 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription n° 2 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.	Septembre 2022
Ecart N°3 Le règlement de fonctionnement en vigueur est incomplet et n'a pas été présenté en conseil de vie sociale, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n° 3 L'établissement doit compléter son règlement de fonctionnement et le transmettre au CVS pour validation.	Juin 2022
Ecart N°4 La délégation de la directrice ne précise pas la nature et l'étendue de la délégation en matière de gestion budgétaire, financière et comptable Elle est donc disposée partiellement conforme aux attentes de l'article D 312-176-5 du CASF. Et R. 314-9 à R. 314-55.	Prescription n° 4 L'établissement doit préciser la nature et l'étendue de la délégation en matière de gestion budgétaire, financière et comptable de la directrice	Septembre 2022

<p>Remarque N°1</p> <p>La directrice ne dispose pas de diplôme ni de formation sur le champ médico-social, des connaissances dans ce domaine restent donc à acquérir au regard de l'établissement qu'elle dirige.</p>	<p>Recommandation N°1</p> <p>Permettre à la directrice de se former sur le champ médico-social et en particulier celui du pilotage des EHPAD.</p> <p>.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Ecart N°5 :</p> <p>a) La composition du CVS ne respecte pas les dispositions de l'article D311-6</p> <p>b) Le nombre de réunions à organiser est inférieur à ce qui est prévu (trois réunions par an selon l'article D311-16 du CASF).</p> <p>c) L'absence de signature des comptes rendus du CVS ne respecte pas les conditions de l'article D311-20 du CASF.</p> <p>d) Les événements indésirables survenant au sein de l'EHPAD ne sont pas abordés alors que selon l'Article D311-15 du CASF : « Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement</p> <p>e) D'après les comptes rendus du Conseil de la vie sociale (CVS) fournis (2020-2021), le CVS n'a pas été consulté sur le règlement de fonctionnement de la structure et sur le livret d'accueil.</p> <p>f) Le CVS n'a pas été destinataire d'une copie de la délégation de compétences et de missions confiées à la directrice de l'EHPAD</p> <p>Ce qui n'est pas conforme à l'article D312-176-5 qui dispose que « ... la personne physique ou morale gestionnaire confiée à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, Elle rend destinataire d'une copie de ce document la ou les autorités publiques qui ont délivré l'autorisation du ou des établissements ou services concernés, ainsi que le conseil de la vie sociale ... ».</p>	<p>Prescription n° 5 :</p> <p>L'établissement doit</p> <p>a) procéder à des élections permettant la reconstitution du CVS</p> <p>b) mettre en place des réunions régulières.</p> <p>c) faire signer les comptes rendus du CVS</p> <p>d) aborder les événements indésirables survenant au sein de l'EHPAD ; la mission précise à cet égard que le dialogue sur les suites réservées aux avis et propositions est une obligation légale (CASF D.311-29) et que le CVS peut donner son avis dès que l'intérêt collectif des personnes accompagnées est en jeu et faire des propositions notamment sur l'amélioration des réponses à leur apporter, en lien avec la démarche d'amélioration continue de la qualité à laquelle il doit être associé ; si le CVS n'est pas une instance de traitement des problématiques individuelles mais que certains événements ont un retentissement sur le collectif ou si les faits sont récurrents, il peut s'en saisir et émettre un avis sur la manière dont il souhaiterait améliorer leur prise en compte</p> <p>e) soumettre le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.</p> <p>f) transmettre et présenter au CVS une copie de la délégation de compétences et de missions confiées à la directrice de l'EHPAD</p> <p>g) Faire un bilan annuel de l'action du CVS et évaluer son fonctionnement en fin de mandat.</p>	<p>Juin 2022</p>
<p>Remarque N°2 :</p> <p>Si des outils existent en matière de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance, il manque une véritable politique opérationnelle appropriée par les professionnels de l'établissement, évaluée et réajustée en fonction des besoins.</p>	<p>Recommandation N°2</p> <p>Faire un état des lieux des mesures mises en œuvre en matière de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance avec les équipes et ajuster les actions à mettre en œuvre dans ce domaine.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Ecart N°6 :</p> <p>L'ensemble du personnel ne connaît pas les démarches à suivre pour signaler les événements indésirables.</p> <p>L'organisation définie ne garantit donc pas, de manière systématique, le repérage, le recueil, la traçabilité et la mise en œuvre de l'obligation de signalement que ce soit en interne ou aux autorités administratives compétentes telles que prévue au code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Cette absence de connaissance ne garantit pas une exhaustivité de traitement des événements indésirables susceptibles de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies et est contraire aux recommandations de la HAS.</p> <p>Enfin, l'absence d'analyse globale régulière 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>Prescription n°6</p> <p>Mettre en place un dispositif 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 et s'assurer que l'ensemble du personnel le connaît et l'utilise.</p>	<p>Juin 2022</p>
<p>Remarque N°3 :</p> <p>Il n'existe pas de protocole écrit sur les modalités de recueil, d'analyse et de réponse aux réclamations des usagers et de leurs proches. Rien ne figure sur le sujet dans le livret d'accueil ni dans le règlement de fonctionnement.</p>	<p>Recommandation n°3</p> <p>Définir et rédiger un protocole écrit sur les modalités de recueil, d'analyse et de réponse aux réclamations des usagers et de leurs proches et le faire apparaître dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement après l'avoir présenté au CVS et recueilli ses observations.</p> <p>.</p>	<p>Septembre 2022</p>

<p>Ecart N°7 :</p> <p>L'absence de qualification des auxiliaires de vie n'est pas conforme à l'article L312-1-II, al.4 du CASF qui dispose que « les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.... ».</p>	<p>Prescription n°7 :</p> <p>Qualifier les auxiliaires de vie en poste et ne recruter à l'avenir que des auxiliaires qualifiées diplômées du DEAES.</p>	<p>Juin 2022</p>
<p>Ecart N°8 :</p> <p>3 types de glissement de tâches ont été constatés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliaires de vie effectuant des soins à la personne (l'aide au repas et toilettes) sur résidents très dépendants ou désorientés. • Aides-soignants réalisant des tâches de ménage : surtout agents de nuit (parties communes, restaurant.), et de l'UVA (totalité de l'unité) et de l'UGD. • AMP non reconnues dans un rôle spécifique d'animation et accompagnement socio-éducatif : elles sont affectées dans les équipes de soins sans rôle particulier. 	<p>Prescription n° 8 :</p> <p>Faire cesser les glissements et indifférenciations de tâches dans les soins aux résidents en repositionnant l'essentiel des tâches effectuées en fonction des métiers.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Remarque N°4 :</p> <p>le dispositif actuel de pointage et de contrôle de l'effectivité de la réalisation des plannings ne garantit pas la présence des personnels sur les horaires et jours prévus.</p>	<p>Recommandation n° 4</p> <p>: Mettre en place un dispositif garantissant l'effectivité de la réalisation des plannings des personnels sur les horaires et jours prévus.</p>	<p>juin 2022</p>
<p>Remarque n° 5</p> <p>Il n'y a pas de rotations des agents au sein des unités, ce qui ne favorise pas la mutualisation entre agents, une connaissance de l'ensemble des résidents, une meilleure adaptation. Cela peut entraîner la persistance de problématiques au sein de certaines équipes.</p>	<p>Recommandation n° 5</p> <p>Travailler sur un système de rotation des équipes entre les unités intégrant les desiderata des agents.</p>	<p>Fin 2022</p>
<p>Remarque N°6</p> <p>Tous les personnels n'ont pas bénéficié d'une évaluation annuelle. D'autre part, les personnels de santé ne bénéficient pas d'un regard technique sur leur évaluation (réalisée par la seule directrice).</p>	<p>Recommandation n° 6</p> <p>Finaliser les entretiens d'évaluation des personnels et associer les cadres de santé à l'évaluation des équipes soignantes.</p>	<p>6 mois</p>
<p>Remarque N°7</p> <p>L'absence de vérification régulière de l'ensemble des missions assurées par les personnels, ne permet pas un contrôle efficace de la bonne réalisation effective des tâches incombant au personnel et va à l'encontre des recommandations de la HAS.</p>	<p>Recommandation n° 7</p> <p>Vérifier régulièrement la réalisation des tâches effectuées par les équipes.</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Remarque N°8 :</p> <p>a) L'absence d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS.</p> <p>b) Il n'y a pas d'AS ayant bénéficié de la formation d'ASG au sein de l'USA, compétence non obligatoire du point de vue de la réglementation en vigueur mais qui représente une plus-value pour la qualité de suivi et de prise en charge des résidents atteints de maladie d'Alzheimer, selon la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (cf. paragraphe 3.3.1).</p>	<p>Recommandation n° 8</p> <p>a) Mettre en place des groupes de paroles ou d'analyse de pratiques des équipes.</p> <p>b) Engager un processus de formation permettant aux AS de l'USA de bénéficier de la formation ASG.</p>	<p>Décembre 2022</p>

<p>Remarque n°9</p> <p>Le ratio personnel médical et paramédical et AS/AES/AMP et auxiliaires de vie est de 0,416, il se situe en dessous de la moyenne départementale qui est 0,52 (calcul sur la base de 81 résidents présents le jour de l'inspection)</p>	<p>Recommandation n° 9</p> <p>Augmenter le ratio des personnels de sorte qu'il atteigne au moins la moyenne départementale.</p>	<p>Décembre 2022</p>
<p>Remarque N°10</p> <p>Lors de la visite a été constaté que la porte des archives médicales n'a pas été fermée et tout le personnel peut y entrer.</p> <p>:</p>	<p>Recommandation n°10</p> <p>Veiller à sécuriser la fermeture des archives médicales.</p>	<p>immédiat</p>
<p>Remarque N°11</p> <p>Lors de la visite ont été constatés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une personnalisation des chambres très réduite (sans possibilité de changement selon certains entretiens faute de local de stockage permettant de mettre les meubles appartenant à l'établissement pour laisser la place à ceux des résidents), avec des meubles standard neutres mais probablement adaptés au ménage - une absence de points de repère pour les résidents : la porte de leur chambre comporte leur nom mais pas leur photo, une simple image de paysage et les couloirs sont tous identiques et vastes (pas de différenciation de couleur par exemple) - l'absence de miroir dans les salles de bain des chambres de l'UVA, sans explication plausible - un manque de points de repère pour les résidents et de personnalisation des chambres. 	<p>Recommandation n° 11</p> <p>Permettre une personnalisation effective des chambres des résidents</p>	<p>décembre 2022</p>
<p>Remarque N°12</p> <p>Les systèmes d'appel ne permettent pas d'appeler lorsque le résident chute et lorsqu'il se trouve dans les communs.</p>	<p>Recommandation n° 12 :</p> <p>Mettre en place un dispositif permettant de sécuriser les espaces communs.</p>	
<p>Ecart N°9</p> <p>Les résidents ne bénéficient pas tous d'un projet de vie finalisé contrairement à l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS d'août 2018 : « le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement » (volet EHPAD).</p>	<p>Prescription N°9 :</p> <p>Finaliser les projets de vie pour l'ensemble des résidents.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Ecart N°10 :</p> <p>Le temps imparti aux équipes de soins le matin et le soir pour les transmissions est insuffisant.</p> <p>A part la réunion du jeudi à laquelle ne participent qu'un soignant par service, il y a peu d'espace d'échanges. Les comptes rendus de réunions, établis sur un plan standard avec limite de temps indiqués, sont manuscrits et très peu explicites, ne témoignant pas d'une réflexion pluridisciplinaire au sein de l'établissement.</p> <p>En ne disposant pas de suffisamment d'espaces d'échanges formalisés, le lien entre les différents niveaux hiérarchiques de l'EHPAD est insuffisant pour garantir un partage optimal de l'information et une adhésion des professionnels aux décisions prises en matière de pilotage de l'établissement, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.</p>	<p>Prescription N°10 :</p> <p>Augmenter le temps imparti pour les transmissions ainsi que les espaces d'échanges entre les différents professionnels et améliorer la formalisation des comptes rendus de réunions pour garantir un partage optimal de l'information et une adhésion des professionnels aux orientations prises.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Remarque N°13 :</p> <p>il y a peu de coordination entre les kinésithérapeutes libéraux et l'ergothérapeute, de plus les kinésithérapeutes ne tracent pas leurs actes.</p>	<p>Recommandation n°13</p> <p>Renforcer la coordination entre les kinésithérapeutes libéraux et l'ergothérapeute et demander aux kinésithérapeutes de tracer leurs actes</p>	<p>Juin 2022</p>

<p>Remarque N°14</p> <p>Les modalités de contention des résidents ne garantissent pas suffisamment les droits et la sécurité du résident.</p>	<p>Recommandation n° 14</p> <p>Revoir les modalités de contention des résidents notamment sur la fréquence des prescriptions médicales et le suivi paramédical.</p> <p>Mettre en place des évaluations mensuelles bénéfice-risque des contentions à mettre en place.</p> <p>Analyser plus régulièrement les bénéfices-risques de ces contentions et se préoccuper de leurs prescriptions et rechercher le consentement du résident.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Remarque N°15</p> <p>Une animatrice non diplômée à 0,8 ETP devrait passer à 1 ETP, ce qui s'avère faible pour 105 places.</p> <p>L'animation est peu développée dans les 2 unités protégées et même des repères tels que l'affichage de la date du jour ne sont pas respectés (lors de la visite, un mercredi, affichage dans l'unité Alzheimer du samedi précédent).</p>	<p>Recommandation n°15</p> <p>Renforcer le temps et les compétences en animation, la développer en unités Alzheimer et grands dépendants.</p>	<p>Décembre 2022</p>
<p>Remarque N°16 :</p> <p>Le personnel dédié pour l'aide à l'alimentation est de 2 personnes dans l'unité grand dépendant lors des diners ce qui paraît faible au regard de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en la matière.</p> <p>Les menus sont imposés par le siège sur des cycles de 5 semaines et corrélés aux saisons, et la cuisine reçoit les matières premières nécessaires, il y a donc peu de marge de manœuvre.</p>	<p>Recommandation n°16</p> <p>Faire un état des lieux des besoins des résidents en matière d'aide aux repas avec les équipes et ajuster les ETP dévolus à cette activité en fonction des besoins.</p>	<p>Décembre 2022</p>
<p>Remarque N°17 :</p> <p>Malgré des mesures de prévention et de suivi affichées, la majorité des résidents sont en dénutrition selon l'établissement.</p> <p>D'ailleurs selon le rapport d'activité médical, tous les résidents ne sont pas pesés une fois par mois et les résidents dénutris ou à risque de dénutrition ne sont pas tous pesés une fois par semaine comme l'exige le protocole de l'établissement.</p>	<p>Recommandation n° 17</p> <p>Renforcer le dépistage et la prévention de la malnutrition dont les pesées régulières.</p>	<p>Juin 2022</p>
<p>Ecart N°11 :</p> <p>Le personnel ne dispose pas toujours de protections adaptées couleur violette notamment.</p> <p>Il n'existe pas assez de programmation de mictions donc pas suffisamment d'actions sur le maintien de l'autonomie de la continence</p> <p>Ce qui n'est pas conforme aux recommandations du guide « bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; quelques recommandations direction générale de la santé direction générale de l'action sociale société française de gériatrie et gérontologie ».</p>	<p>Prescription n°11</p> <p>Veiller à ce que la quantité et le type de protections à disposition des équipes correspondent aux besoins des résidents.</p> <p>Envisager les kinésithérapies rééducatives des incontinences urinaires.</p> <p>Evaluer la pertinence des protections par trop systématiques.</p> <p>Engager des actions visant à maintenir l'autonomie de la continence des résidents.</p>	<p>Juin 2022</p>
<p>Remarque N°18</p> <p>Il n'y a pas de traçabilité des entrées et sorties des protections et il n'y a pas d'outil qui permet de constater la quantité exacte du stock dans la réserve à un instant T.</p>	<p>Recommandation n°18</p> <p>Tracer les entrées et sorties des protections de manière à pouvoir vérifier constater la quantité exacte du stock dans la réserve à un instant T.</p>	<p>juin 2022</p>
<p>Remarque N°19</p> <p>Le recopiage des ordonnances dans NETSOIN par les IDE sans validation à posteriori des médecins prescripteurs est source d'erreur.</p>	<p>Recommandation n°19</p> <p>Sécuriser les prescriptions médicales : saisie directe par les médecins traitants dans NETSOINS ou impression puis signature par le médecin de celle saisie sur dictée du médecin par les IDE.</p>	<p>Immédiat</p>

<p>Ecart N°12 :</p> <p>Il n'existe pas de convention établie entre l'EHPAD et la nouvelle pharmacie référente, ce qui est contraire à l'article L 5126-10 du CSP.</p>	<p>Prescription N°12</p> <p>Finaliser la convention avec la nouvelle pharmacie référente.</p>	<p>Juin 2022</p>
<p>Remarque n° 20</p> <p>Les flacons multidoses ouverts comportent la date d'ouverture mais pas celle de péremption tenant compte de l'ouverture.</p>	<p>Recommandation n°20</p> <p>Indiquer sur les flacons multidoses la date de péremption à partir de celle d'ouverture.</p>	<p>Immédiat</p>