

Le Directeur général

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

Réf : DOS-PPT62-CB
Mission n° 2022_HDF_0043



Lille, le 13 juin 2022

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2022, une inspection a été diligentée, le 18 février 2022, au sein de l'EHPAD ORPEA « Saint-Fursy » à Péronne (80200), 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 de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 18 mars 2022.

Par courrier reçu par mes 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.

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.

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. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, les documents qui seraient demandés.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que le directeur général de l'ARS 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 Président du Conseil Départemental
et par délégation,
la directrice générale adjointe,

Françoise NGUYEN

Pièce jointe :

- tableau des mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures définitives à la suite de l'inspection du 18 février 2022 de l'EHPAD Saint-Fursy à Péronne (80200)
à l'issue de la procédure contradictoire.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Recommandations (R) injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre
R1	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 n°1 : Mettre à jour l'ensemble des documents relatifs au nombre de résidents de l'EHPAD.	Immédiat	Recommandation levée.
E1	Le registre des personnes accueillies n'est pas mis à jour, contrairement aux dispositions de l'article L331-2 du CASF.	Prescription n°1 : Mettre à jour le registre des personnes accueillies.	immédiat	Prescription levée.
R2	La liste des personnes qualifiées consultable n'est pas à jour.	Recommandation n°2 : Mettre à jour la liste des personnes qualifiées.	immédiat	Recommandation levée.
E2	Le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions des articles R.311-33 et 34 du CASF.	Prescription n°2 : Afficher le règlement de fonctionnement dans la structure et le présenter aux instances représentatives du personnel et au CVS et mentionner la date de présentation dans le règlement de fonctionnement.	Immédiat 6 mois	
E3	L'absence de projet d'établissement récent ne permet pas au personnel de disposer d'objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-8, D312-158, D311-38 et D312-160 du CASF.	Prescription n°3 : Finaliser le projet d'établissement conformément aux dispositions du CASF	6 mois	
E4	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D.311-5, D.311-16 et D.311-20 du CASF, en l'absence de : - nombre suffisant des représentants des personnes accueillies ou prises en charge ; - signature de l'ensemble des comptes rendus du CVS par son président.	Prescription n°4 : - élire un membre titulaire complémentaire représentant des personnes accueillies ; - s'assurer de la signature de l'ensemble des prochains comptes-rendus de CVS par le président.	6 mois immédiat	Prescription levée. Transmettre les PV des élections, dès réalisation.
R3	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée mais manque d'opérationnalité pour une meilleure appropriation par les professionnels de 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 recommande 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	Recommandation n°3 : Sensibiliser/former l'ensemble du personnel à la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance afin qu'elle soit connue et appropriée par tous les professionnels.	6 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Recommandations (R) injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre
	responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – décembre 2008).			
R4	Le protocole de signalement et de gestion des événements indésirables est formalisé mais n'est pas connu du personnel. En ce sens, il n'est pas possible d'affirmer qu'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 est en place au sein de la structure.	Recommandation n°4 : Sensibiliser/former l'ensemble du personnel au protocole relatif au signalement et à la gestion des événements indésirables afin qu'il soit connu et approprié par tous les professionnels.	6 mois	
R5	Selon les entretiens, les procédures en cas de crise, d'incidents et d'événements indésirables graves ne sont pas connues des professionnels.	Recommandation n°5 : Sensibiliser/former l'ensemble du personnel aux procédures en cas de crise, d'incidents et événements indésirables graves afin qu'ils soient connus et appropriés par tous les professionnels.	6 mois	
E5	En ne fournissant pas l'ensemble des diplômes de son personnel, l'établissement ne démontre pas la qualification du personnel pour exercer ses fonctions auprès de personnes vulnérables, et contrevient à l'article L312-1-II, al. 4 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre à jour les dossiers des personnels en insérant les diplômes et s'assurer de leur niveau de qualification pour le poste.	Immédiat	Prescription levée.
E6	En ne disposant pas de l'ensemble des bulletins de casier judiciaire 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 L.133-6 du CASF.	Prescription n°6 : Mettre à jour les dossiers des personnels en insérant les extraits de casier judiciaire et s'assurer qu'ils soient vierges.	Immédiat	Prescription levée.
R6	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 « <i>missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance décembre 2008</i> ».	Recommandation n°6 : Formaliser les fiches de postes manquantes et s'assurer de leur diffusion auprès des personnels concernés.	6 mois	Recommandation levée.
R7	Les différentes actions de soutien au personnel sur l'actualité médiatique d'ORPEA 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 (« missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance décembre 2008 ».)	Recommandation n°7 : Sensibiliser les professionnels aux actions de soutien mises en place par ORPEA et solliciter si nécessaire l'appui d'un prestataire extérieur à ORPEA.	Immédiat	Recommandation levée.
R8	Les différentes actions de soutien du personnel ne sont pas formalisées, et ne correspondent pas aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS (« missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance décembre 2008 ».)	Recommandation n°8 : Formaliser conformément aux recommandations de la HAS les différentes actions de soutien au personnel et les diffuser auprès de ces derniers.	6 mois	Recommandation levée.
R9	Le manque d'entretien du lave main, l'état des sols, les toiles d'araignées et l'absence de fermeture d'un local technique représentent un risque pour l'hygiène et la sécurité des résidents.	Recommandation n°9 : Assurer l'entretien régulier de l'ensemble de l'établissement. S'assurer de la fermeture systématique des accès aux locaux techniques.	Immédiat	
E7	L'assentiment du résident à son entrée en EHPAD n'est ni systématiquement recherché ni consigné, ce qui contrevient aux dispositions de la charte de la personne âgée dépendante et aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.	Prescription n° 7 : Organiser et formaliser, dès la demande d'admission, le recueil du consentement du résident, quand son état de santé le permet.	Immédiat	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Recommandations (R) injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre
R10	En tenant compte de la période de crise sanitaire liée au Covid, la révision du projet personnalisé du résident n'est pas réalisée à un rythme annuel contrairement aux dispositions prévues par l'EHPAD ni aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ ANESM.	Recommandation n°10 : Systématiser la révision des projets personnalisés conformément aux dispositions prévues au sein de l'EHPAD.	Immédiat	