



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Agence régionale de sante d'Ile-de-France  
Délégation départementale de Seine-et-Marne

Monsieur [REDACTED]  
Président Directeur général  
Groupe ORPEA  
12 rue Jean Jaurès  
92800 PUTEAUX

Affaire suivie par : [REDACTED]  
Courriel : [ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr](mailto:ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr)  
& [ars-idf-inspection-ehpad@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-inspection-ehpad@ars.sante.fr)  
Téléphone : 01 78 48 23 54

Saint-Denis, le

**Lettre recommandée avec AR**  
**N°**

Monsieur le Président Directeur Général,

L'inspection conduite le 14 février 2022 au sein de l'EHPAD « Résidence Klarène » situé 2 bis Boulevard Isaac Pereire, 77220, Tournan en Brie (N°FINESS : 770814044) a été inscrite au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2022 sur l'ensemble du territoire national à la demande de Mme Brigitte BOURGUIGNON, ministre déléguée chargée de l'Autonomie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

Je vous ai adressé le 4 mars 2022 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 7 injonctions, et 10 recommandations que l'envisageais de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, à la date du 22 mars 2022, nous accusons réception de la totalité des éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie. Ces éléments portaient notamment sur :

- La mise en annexe du contrat de séjour de la liste des personnes qualifiées : cette liste est dorénavant jointe en annexe du livret d'accueil (annexe 10). Une information relative au rôle et au recours a été rédigée dans la lettre d'information aux résidents du mois de mars (annexes 11 et 24) et a fait l'objet d'un point à l'ordre du jour du CVS en date du 15 mars (annexes 13 et 26). La liste est affichée et accessible dans le tourniquet disponible sur le comptoir de l'accueil (photos à l'appui annexes 12 et 25).
- La présentation du bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale : le directeur a adressé en réponse un ordre du jour prévisionnel du CVS du 15/03/2022 (annexe 19).
- La présence des attestations de formation des salariés dans les dossiers de ces mêmes salariés : la mission a réceptionné une attestation sur l'honneur datée du 10 mars 2022 (annexe n°20), certifiant que les attestations de formation ont été classées dans les dossiers du personnel.
- La présence des entretiens d'évaluation des salariés dans le dossier de chaque salarié : la mission a réceptionné une attestation sur l'honneur datée du 10 mars 2022 (annexe n°21), certifiant que les entretiens annuels ont été classés dans les dossiers du personnel.
- La signature du contrat de travail de l'IDEC par le représentant du groupe ORPEA : l'avenant au contrat daté du 17 février 2022 signé par les deux parties a été transmis à la mission (annexe 22).
- Les modalités pratiques de la saisine des personnes qualifiées et son intégration dans le livret d'accueil : Le livret d'accueil (transmis dans l'annexe 23) prévoit cette liste dans son annexe V.

- L'accessibilité des informations relatives aux directives anticipées par les professionnels y compris administratifs : un protocole daté du [REDACTED] (annexe 30) reprenant toutes les directives anticipées a été transmis. La direction joint également le décret relatif à la personne de confiance (annexe 27), le décret relatif aux directives anticipées (annexe 28), le formulaire de recueil des directives anticipées (Annexe 29) le guide ministériel (annexe 31). Le protocole indique que ces directives sont accessibles au personnel par le logiciel Netsoin, signalé par un pictogramme spécifique près de la photo du résident.
- L'affichage de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie : cette dernière est dorénavant identifiée dans un cadre plus visible sur un mur (photo à l'appui, annexe 32).
- L'accessibilité du projet de vie de la personne accueillie aux professionnels non médicaux, chargés également de le mettre en œuvre (Réf : HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018) : Le directeur s'engage à ce que les projets personnalisés soient rangés dans les classeurs nursing, présents sur les chariots de soins dans les couloirs pouvant donc être consultés.

Cependant les éléments de réponse apportés ne permettent pas de lever les mesures suivantes figurant en annexe au présent courrier :

- L'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF en ne mettant pas à jour le projet d'établissement. La direction indique que les deux dernières années de crise sanitaire ont rendu difficile l'élaboration de ce projet. Même si des groupes de travail initiés pour l'évaluation interne ont permis d'engager les démarches et des référents identifiés pour la réalisation du projet (annexe 1 : liste des feuilles d'émargement des participants aux groupes de travail de l'évaluation interne) et que la direction s'engage également à respecter les échéances transmises dans le planning d'organisation de groupes de travail dont le dernier se termine fin mai (annexe 2), à solliciter le CVS et a fait une communication dans la prochaine gazette du mois de mai (annexe 3), l'écart est maintenu et fait l'objet d'une prescription (n°1) le projet d'établissement n'ayant pas été encore transmis aux autorités.
- En n'ayant pas organisé la traçabilité et le contrôle relatifs à l'obligation vaccinale de son personnel, conformément aux modalités précisées dans l'instruction du 10 septembre 2021, l'établissement contrevient aux dispositions du décret 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. La structure a transmis un tableau de traçabilité des schémas vaccinaux (annexe 5), élaboré par le médecin coordonnateur. [REDACTED] salariés sont inscrits sur cette liste alors que la direction indique [REDACTED] ETP. La mission considère que la liste est incomplète. La direction a également transmis (annexe 4) une copie d'une note (non datée) adressée aux salariés. La mission relève que cette note ne présente pas le caractère obligatoire de cette vaccination pour l'ensemble du personnel, ni les sanctions prévues. Ces éléments ne démontrent pas que l'employeur connaît les enjeux et les sanctions encourues. L'écart est maintenu et fait l'objet d'une prescription (n°2).
- La mission a relevé que les modalités de résiliation du contrat de séjour ne respectent pas à l'article L. 311-4-1 du CASF. La direction s'engage à proposer un avenant au contrat de séjour concernant les modifications relatives à la résiliation pour les résidents concernés (l'avenant est transmis en annexe 6). Cet avenant est conforme. Pour autant, la direction n'apporte pas la preuve que ces contrats sont signés par les usagers et/ou leur(s) représentant(s). La prescription (n°3) sera levée quand tous les avenants aux contrats seront signés.
- L'attestation de désignation d'une personne de confiance (PC) est une pièce obligatoire du dossier résident conformément à l'article L. 1111-6 du CSP. L'établissement indique dans sa réponse que les résidents ont été informés de la démarche (gazette de Mars 2022 (annexe 7), ordre du jour du CVS en date du mois de Mars 2022 (annexe 9), et mail en date du 10 mars 2022 (annexe 8) adressé aux familles. La direction précise également qu'un document d'attestation de réception de l'information relative à la possibilité de désigner une personne de confiance est également complété mais il n'apporte pas la preuve qu'individuellement chaque résident a été invité à désigner cette personne de confiance. Le choix du résident (accord, refus ou incapacité) doit être tracé dans le dossier de ce dernier. Ainsi, l'établissement n'assure pas que les attestations de désignation des personnes de confiance fassent partie intégrante du dossier résident. A noter cependant que le médecin a procédé à l'évaluation des capacités cognitives des résidents et qu'il a évalué à [REDACTED] résidents n'ayant pas toutes leurs capacités cognitives. La mission rappelle que cette information doit être effectuée systématiquement à l'admission du résident et rappelée

régulièrement pour éviter d'attendre que la personne accueillie ne soit plus en état d'exprimer sa volonté et que ses souhaits soient respectés (prescription n°4).

- En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF. La direction a transmis à la mission la fiche réflexe EIG (Annexe 14) comprenant deux fiches réflexes (datées de février 2022), l'une à destination des équipes et l'autre pour la direction : ces fiches décrivent les motifs de signalements, encouragent à la déclaration, et informent du circuit des actions à mener : secourir, alerter, analyser. Ces fiches annoncent : les noms des référents bientraitance, ainsi que la tenue d'une réunion hebdomadaire. En complément, la fiche direction précise qu'un pilotage du suivi des EIG est organisé. Les deux fiches précisent en bas de page « tout potentiel EI doit être analysé avant d'être appelé comme tel » alors que tout professionnel de santé doit déclarer tout EIG (au sens de la définition : « susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population ou sur le fonctionnement de l'offre de soins ») directement au point focal de l'ARS [ars75-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars75-alerte@ars.sante.fr) sans délai et sans demander l'approbation de sa hiérarchie et doublé d'un appel téléphonique au 0 800 811 411 (voir fiche plaquette d'information accessible sur le site de l'ARS). Le bordereau d'émargement du personnel formé à la procédure « évènements indésirables » (annexe 15) ne recense pas le personnel de nuit. Ces fiches doivent être rectifiées en ce sens. Par ailleurs, la direction présente un ordre du jour prévisionnel de la réunion pluridisciplinaire du 15/03/2022 (annexe 34) : en points divers il est prévu d'aborder une altercation entre résidents durant la nuit du 14/02/2022. Un tableau de suivi des IEG (annexe 34b) ne recense que [REDACTED] depuis le 01/11/2020. L'évènement survenu dans la nuit du 14/02/2022 bien qu'évoqué dans l'ODJ de la réunion pluridisciplinaire, n'a pas été recensé (prescription n°5).
- L'information sur le numéro 3977 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est absente au sein de l'EHPAD. Le directeur indique qu'il procédé à l'affichage du numéro dans le tourniquet et que cette information est également présente dans le livret du résident. Il transmet en annexe 33, la fiche d'information. En cela, il n'apporte pas la preuve que l'information est bien affichée (recommandation n°1).
- L'établissement n'organise pas la gestion des suites des évènements indésirables : déclencher une enquête interne, assurer un retour d'information auprès des résidents concernés – et/ou du représentant légal – afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, initier un plan d'action préventives et correctives. En réponse, le directeur projette de mettre en place des rencontres avec les familles concernées par l'EIG afin de partager les actions entreprises par l'établissement. La recommandation (n°2) est maintenue.
- La mission relève l'existence d'équipements de qualité : appel malade et lits médicalisés. Les résidents interrogés ne connaissent pas leurs fonctionnements et/ou n'ont pas accès à la télécommande (trop éloignée). L'établissement transmet des photos des affiches descriptives de l'utilisation des appels malade et de la télécommande du lit médicalisé (annexes 35 et 36). Ces affiches seront mises à disposition dans la chambre de chaque personne accueillie. Il n'est pas précisé que chaque résident a bénéficié d'explications personnalisées d'une part et que le personnel vérifie l'accessibilité de ce matériel. La direction doit s'assurer que chaque résident est personnellement informé du bon usage de ce matériel. Le personnel doit en outre vérifier l'accessibilité du matériel auprès du résident. La recommandation est maintenue (n°3).
- Les temps d'intervention relevés suite à l'utilisation de l'appel malade (soit sur le relevé mensuel, soit constaté in situ) sont supérieurs à 5 minutes [REDACTED]. L'établissement précise que des « mini-informations » ont été dispensées aux équipes les 11 et 14 Mars 2022. Le bordereau d'émargement du personnel (annexe 37) ne recense pas le personnel de nuit. La direction doit assurer la formation à l'ensemble du personnel et contrôler régulièrement les temps d'intervention (Recommandation n°4).

Aussi, je vous notifie à titre définitif ces 5 prescriptions et 4 recommandations.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Seine-et-Marne les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

Je vous rappelle que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti des mesures correctives relevant des catégories des injonctions peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du Code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France

Amélie VERDIER

**Copie :**

Monsieur [REDACTED]  
Directeur  
EHPAD « Résidence Klarène »  
boulevard Isaac Pereire  
77220 TOURNAN-EN-BRIE

**Annexe :** Décision définitive concernant les mesures correctrices à mettre en place pour faire suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD  
 « Résidence Klarène » le 14 février 2022

|   | Prescriptions maintenues  | Texte de référence   | Réf. rapport  | Délai de mise en œuvre |
|---|---|--|---------------|------------------------|
| 1 | Elaborer le projet d'établissement conformément à la réglementation.  | L'article L. 311-8 du CASF   | Ecart n°1     | 3 mois                 |
| 2 | Organiser la traçabilité et le contrôle relatifs à l'obligation vaccinale de son personnel.   | Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire Décret 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire | Ecart n° 2    | immédiat               |
| 3 | Actualiser les modalités de résiliation du contrat de séjour.   | L'article L. 311-4-1 du CASF   | Ecart n°3     | 8 jours                |
| 4 | S'assurer que les attestations de désignation des personnes de confiance fasse partie intégrante du dossier résident.   | L'article L. 1111-6 du CSP.  | Ecart n°4     | 3 mois                 |
| 5 | S'assurer de la formation de l'ensemble du personnel aux EIG et actualiser les fiches descriptives des actions à mener.   | L331-8-1 du CASF   | Ecart n° 6    | Immédiat               |
|   | Recommandations maintenues  | Texte de référence si existant   | Réf. rapport  |                        |
| 1 | Afficher l'information sur le numéro 3977 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance).  |  | Remarque n°6  |                        |
| 2 | Mettre en place la gestion du suivi des événements indésirables : déclencher une enquête interne, assurer un retour d'information auprès des résidents concernés – et/ou du représentant légal – afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, initier un plan d'action préventives et correctives |  | Remarque n°8  |                        |
| 3 | S'assurer que les usagers maîtrisent le bon usage du matériel (Appel malade et lit médicalisé) et mettre en place un contrôle par le personnel de cette accessibilité.  |  | Remarque n°9  |                        |
| 4 | Améliorer les temps d'intervention après utilisation de l'appel malade  |  | Remarque n°10 |                        |