

Agence régionale de santé Ile-de-France
Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Monsieur Philippe CHARRIER
Directeur général
Groupe ORPEA
12, rue Jean Jaurès
92800 PUTEAUX

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le

22 JUL. 2022

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Directeur général,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine (CD 92), le 15 février 2022, au sein de l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » situé au 1/3 rue Fauveau à Clamart (92140) (N° FINESS géographique : 92 080 079 4) a été inscrite au programme de contrôle des EHPAD, diligenté au premier trimestre 2022, sur l'ensemble du territoire national à la demande de la ministre déléguée chargée de l'Autonomie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous vous avons adressé, le 16 mars 2022, le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi qu'une injonction, cinq prescriptions et 15 recommandations que nous envisageons 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, vous nous avez transmis, le 24 mars 2022, des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Ces éléments portaient notamment sur :

- La déclaration de l'ensemble des événements indésirables listés à l'article L.331-8-1 du Code de l'action sociale et des familles aux autorités compétentes (ARS et CD 92) : afin d'y procéder dans un délai de 48h à compter de la survenue de l'évènement (**prescription n°5**), nous notons :
 - o La mise à disposition d'outils (cahier de transmissions globales qui précise la conduite à tenir selon qu'il s'agit d'un événement indésirable ou d'un événement indésirable grave et la fiche de réflexe « EIG » en complément de la charte de confiance) à destination des équipes afin de faciliter la remontée des événements indésirables auprès de l'équipe de direction. Certains des outils sont affichés, voire ajoutés au livret d'accueil simplifié à destination des salariés.
 - o La mise en place d'une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire pour le traitement des EIG.
 - o La planification de séances de mini formation (d'une 30aine de minutes) [REDACTED] concernant la « Procédure de Signalement d'un Evènement indésirable », à raison d'une fois par mois à compter d [REDACTED]

- L'affichage des documents réglementaires et/ou inscrits dans les procédures internes de l'établissement, parmi lesquels le règlement de fonctionnement, le tableau des directeurs d'astreinte et le dernier procès-verbal du Conseil de la Vie Sociale (**recommandation n° 1**) ; à ce sujet, nous notons :
 - o L'affichage du tableau des directeurs d'astreinte (pour le [REDACTED] pour les week-end et jours fériés), du dernier procès-verbal du Conseil de la Vie Sociale en date du [REDACTED] et du règlement intérieur (les photos nous ont été transmises).
 - o Toutefois, nous relevons que l'affichage du règlement de fonctionnement conformément à l'article R. 311-34 du CASF n'est pas effectif et devra être prouvé aux autorités de tutelle. Si le règlement intérieur relève du Code du travail, le règlement de fonctionnement relève du CASF qui dispose dans l'article cité que : *« sans préjudice de sa remise à toute personne accueillie ou à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou à la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, en annexe du livret d'accueil, le règlement de fonctionnement est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole »*.
- S'agissant de la réalisation de plannings et de comptes rendus de l'ensemble des temps d'échanges, visites et enquêtes ayant lieu au sein de l'établissement (**recommandation n°2**), nous notons :
 - o La mise en place d'un staff de direction une fois par semaine en présence de la directrice, de l'adjointe de direction, de l'infirmière de coordination, de l'agent de maintenance, du chef de cuisine, de l'animatrice, de la stagiaire de direction, de la psychologue et de l'ergothérapeute. L'établissement indique que ces réunions donnent lieu à la rédaction d'un ordre du jour et seront suivies de rédaction de plans d'actions. Une trame vierge de compte-rendu, de plan d'actions, le planning hebdomadaire des staffs [REDACTED] ainsi que le planning hebdomadaire des staffs du premier [REDACTED] nous ont été transmis. Ces derniers précisent la date de chacune des réunions, avec la thématique mensuelle abordée.
 - o La mise en place de réunions institutionnelles bimensuelles entre [REDACTED]. L'établissement indique que ces réunions bimensuelles ont lieu auprès des collaborateurs afin de leur octroyer un temps de parole pour évoquer le fonctionnement de l'établissement ainsi que les dysfonctionnements rencontrés et, de fait, réfléchir à l'amélioration de la prise en charge du résident, de la qualité de vie au travail et des relations humaines collaborateurs / résidents / familles. L'établissement indique qu'un compte rendu sera désormais effectué à la suite de chaque réunion et mis à disposition au sein d'un classeur « compte rendu des réunions institutionnelles » se situant dans le bureau de la Direction. Aucun document de preuve ne nous a été transmis (compte-rendu de réunion réalisée, existence du classeur).
 - o La documentation *a priori* des visites de nuit inopinées réalisées au sein de la résidence. Une trame vierge de fiche de suivi et accompagnement du personnel de nuit par la directrice de l'établissement ou l'IDEC nous a été transmise. Il s'agit d'un document interne ORPEA dont la dernière mise à jour date de [REDACTED]. En revanche, il ne nous est pas possible d'objectiver son utilisation en l'absence de trames complétées lors de récentes visites de nuit inopinées. Par ailleurs l'établissement indique que les horaires de la Direction lui permettent de rencontrer les équipes de nuit de manière informelle chaque jour.
 - o Un temps de transmission de 15 minutes est prévu dans les fiches de tâches heurées des collaborateurs soignants. Elles sont orales et écrites via le cahier des transmissions globales disponible à l'accueil (document de preuve fourni). Des transmissions ciblées pour chaque résident sont effectuées et accessibles à l'ensemble du personnel soignant via l'outil informatisé [REDACTED].
 - o La présentation du baromètre de satisfaction de l'année [REDACTED] à destination des salariés et des résidents et familles (support de présentation transmis, un pour chaque public), [REDACTED] (résidents et familles). Les résultats donneraient lieu à l'élaboration de plans d'actions en équipe

pluridisciplinaire et présentés à l'ensemble des équipes. Cet élément n'est toutefois pas prouvé à l'aide de justificatifs.

- o La réalisation, par un organisme agréé, d'une enquête d'engagement auprès des équipes de la structure dont les résultats donnent lieu à la définition d'un plan d'actions par la direction (plan d'actions de l'enquête [REDACTED] transmis). Toutefois, contrairement à ce qui est indiqué par l'établissement, les feuilles d'émargement de la réunion de présentation aux salariés ne nous ont pas été transmises.
- o L'absence de comptes rendus des réunions 1) régionales, 2) entre la Directrice régionale et l'établissement et 3) de l'équipe de direction ayant eu lieu au cours des 6 derniers mois.
- S'agissant de la production des fiches de tâches planifiées par heure pour l'ensemble des professionnels (recommandation n°4), nous notons l'existence et la mise à jour des fiches de tâches horaires du personnel Infirmier, Aide-Soignant, Auxiliaire de vie, Plongeur, Chef de cuisine, Cuisinier, Commis de cuisine et de la Secrétaire, mais également par niveau d'affectation. Elles auraient été signées par les personnels concernés et classées dans leurs dossiers administratifs. La démarche aurait fait l'objet de réunions participatives des salariés concernés et les fiches de tâches présentées en réunion pluridisciplinaire.
- S'agissant de l'adaptation des documents et procédures internes aux spécificités de l'établissement (recommandation n°5), nous tenons compte de la réponse apportée par l'établissement : « *Le Groupe ORPEA met à disposition un ensemble de protocoles et procédures à disposition du personnel des établissements. Les directions s'en saisissent et les adaptent ensuite à l'établissement. Ces adaptations ne font pas systématiquement l'objet de formalisations mais l'appropriation des procédures se réalise notamment via les mini formations, réunions, sensibilisations, mises en situation etc...* ».
- S'agissant de la mise en place d'un registre de recueil des doléances et réclamations des résidents et familles dédié et de la mise en place de réponses formalisées (recommandation n°11), nous notons :
 - o La mise en place d'un registre des relations avec les usagers à l'accueil. Il sera visé une fois par semaine par la Direction. Il est prévu que les familles concernées soient rencontrées.
 - o La mise en place d'un livre d'or à l'accueil.
 - o L'existence de deux procédures de gestion des réclamations : l'une relative aux réclamations orales (procédure groupe [REDACTED] en date [REDACTED] approuvée par la secrétaire générale et directrice qualité) et l'autre relative à la gestion des réclamations écrites ([REDACTED] approuvée par le directeur des opérations médico-sociales France).
 - o Un entretien serait proposé systématiquement au résident ou sa famille après chaque réclamation écrite ou orale. La maquette vierge de compte rendu a été transmise mais ne permet pas, en revanche, d'objectiver l'effectivité de la réponse de l'établissement. Ce compte-rendu serait classé dans le dossier administratif du résident.
- S'agissant de la documentation de la tenue effective des formations incendie deux fois par an (recommandation n°12), nous notons :
 - o L'existence de la feuille de présence des formations incendie sur les années [REDACTED] ainsi que le récapitulatif des différents exercices de sécurité organisés sur les années [REDACTED] avec les tampons des organismes formateurs. 16 formations incendie ont [REDACTED] jours différents ([REDACTED] et [REDACTED] formations incendie en [REDACTED] jours différents ([REDACTED] et [REDACTED] octobre et 2, 10 et 15 novembre).
 - o La sollicitation d'un organisme de formation incendie par mail en date [REDACTED] demandant l'organisation d'une session de formation incendie en juin et en novembre 2022. L'établissement indique que dès réception des dates définies par l'organisme de formation, une convocation sera transmise à l'ensemble du personnel.
- S'agissant de la mise à disposition des autorités compétentes du registre de sécurité (recommandation n°13), l'établissement indique que le registre de sécurité est mis à disposition à l'accueil et qu'il peut être

consulté sur demande. Nous avons reçu la photo d'un classeur rouge étiqueté « Registre de sécurité ORPEA ». Cette photo ne permet toutefois ni d'attester que ce classeur contient effectivement le registre de sécurité, ni que ce dernier est correctement complété. Il conviendrait de transmettre les éléments de preuves nécessaires pour prouver le contenu de ce classeur et la bonne tenue du registre de sécurité.

- S'agissant de maintenir fermés à clé les locaux non accessibles aux résidents et plus spécifiquement ceux situés au sein de l'unité protégée (**recommandation n°14**), nous notons, en plus des photos transmises desdits locaux fermés, la mise en place de deux séances de formation/sensibilisation du personnel [REDACTED] (feuilles d'émargement transmises).
- S'agissant de la mise en œuvre des moyens permettant d'assurer la sécurité des biens et des personnes accueillies (**recommandation n°15**), nous notons :
 - o L'existence d'un coffre-fort dans le bureau de la directrice.
 - o L'existence d'une procédure de gestion des espèces et objets déposés dans le coffre (procédure [REDACTED])
 - o L'existence d'une liste de personnes habilitées. En revanche la directrice adjointe semble être déshabillée en date [REDACTED] allant à l'encontre de la réponse apportée par l'établissement dans laquelle il est indiqué que seules deux personnes ont accès au coffre à savoir la directrice et son adjointe.
 - o La possibilité pour le résident de disposer d'un petit coffre-fort, fourni par l'établissement et qui peut être entreposé dans la chambre du résident. Une communication à destination des résidents, familles et CVS serait prévue en ce sens.
 - o La prévision de former/sensibiliser le personnel [REDACTED]

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

- **L'injonction n°1** portant sur le recrutement du médecin coordonnateur. Les éléments de preuve fournis (publication de la fiche de poste sur plusieurs sites de recrutement ; le planning de présence mensuel du médecin régional de [REDACTED] en raison de [REDACTED] demi-journées par mois en moyenne) ne sont pas suffisants.
- **La prescription n°1** portant sur la tenue à jour des dossiers des personnels conformes. Nous notons :
 - o La mise en place de [REDACTED] tableaux dont [REDACTED] pour le suivi des dossiers selon le statut du contrat du salarié (CDD, CDI) et [REDACTED] pour le suivi des casiers judiciaires. Ce dernier tableau correspond en réalité au suivi du contrôle des diplômes. En revanche, il serait intéressant de réduire le nombre de supports pour limiter les erreurs.
 - o Une relance des personnels n'ayant pas communiqué leur casier judiciaire, dont la preuve n'a pas été fournie.
- **La prescription n°2** portant sur la tenue d'un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies à jour, paraphé et coté par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD. Nous notons qu'un tampon de la mairie de Clamart a été apposé sur une feuille, avec la signature (nom et prénom) d'une personne. Toutefois, la photo transmise ne permet ni d'attester avec certitude qu'il s'agit du registre légal des entrées et des sorties, ni d'identifier la personne ayant apposé sa signature. Nous vous demandons donc de nous transmettre une nouvelle photo de la première page du registre légal des entrées et des sorties, paraphée (cachet, date et signature) par le maire de votre commune d'implantation.
- **La prescription n° 3** portant sur la rédaction d'un projet d'établissement à jour et conforme aux dispositions du CASF. Nous avons pris note des motifs du retard ainsi que des actions envisagées. En revanche toutes les preuves ne sont pas communiquées et le calendrier prévisionnel de rédaction n'est pas communiqué.

- **La prescription n°4** portant sur la mise en place du Conseil de la Vie Sociale conformément aux dispositions du CASF et sur l'obligation de le tenir informé de l'ensemble des dysfonctionnements et événements qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Nous notons :
 - o La réalisation effective des trois séances réglementaires du CVS en [REDACTED] dont les comptes rendus ont été fournis.
 - o Le planning prévisionnel [REDACTED] des séances du CVS. La séance du [REDACTED] s'est bien tenue avec le compte-rendu joint.
 - o L'absence à date d'un CVS. En effet, les appels à candidature pour les élections des membres du CVS en date des [REDACTED] n'ont pas été fructueux.
- **La recommandation n°3** portant sur la rédaction de procédures et projets formalisés pour l'ensemble des dispositifs le nécessitant, parmi lesquels : la gestion de l'ensemble des manquements professionnels, l'organisation et la gestion des remplacements, les modalités de transmission entre les équipes, l'élaboration du projet individualisé, les modalités d'attribution et de gestion des clés détenues par les résidents, la réception et la gestion du courrier et/ou des abonnements des résidents, l'arrêt de l'accompagnement d'un résident, le suivi des résidents présents en temps réel, le projet d'animation. Nous notons :
 - o L'absence de procédure formalisée de gestion de l'ensemble des manquements professionnels (hors manquements relatifs à la prise en charge des résidents). En revanche, l'établissement apporte une précision sur l'organisation mise en place pour la gestion des procédures disciplinaires : lorsqu'il s'agit de manquements importants, c'est le service ressources humaines du groupe qui accompagne l'établissement. Les manquements mineurs sont quant à eux gérés par la direction de l'établissement, en réunions informelles. Ces dernières feraient l'objet d'une traçabilité à l'avenir et de mini formations par exemple. Il serait intéressant de formaliser la procédure de gestion des manquements professionnels, quel que soit le niveau de sévérité.
 - o L'absence de procédure formalisée relative à l'organisation et la gestion des remplacements. En effet, la procédure « mode dégradé » transmise ne concerne que les personnels aides-soignants et ne vaut donc pas pour l'ensemble du personnel.
 - o Les modalités de transmission entre les équipes. En effet, les transmissions sont prévues dans les fiches de tâches heurées ; en début et fin de poste ; orales et écrites (dans le cahier de transmissions globales et/ou l'outil Netsoins).
 - o L'existence d'une démarche d'élaboration du projet individualisé. Deux documents de preuve ont été transmis :
 - La notice « projet personnalisé (PP) » de 17 pages : la dernière mise à jour de la notice date de novembre 2020. La notice décrit les différentes étapes qui conduisent à l'élaboration pas à pas du PP avec des copies d'écran du logiciel Netsoins. Elle précise les modalités de renseignement de l'outil, la source des données et les éléments à compléter.
 - Un tableau de suivi (réalisation et actualisation) des PP qui prévoit l'actualisation [REDACTED]. En revanche, nous attirons votre attention sur deux des PP dont la mise à jour date de [REDACTED]. Ils devront également être actualisés dans les meilleurs délais.
 - o Les modalités d'attribution et de gestion des clés détenues par les résidents. La traçabilité s'effectuerait via l'outil interne « check liste entrée d'un résident ».
 - o L'existence d'une procédure de réception et gestion du courrier et/ou des abonnements des résidents. En revanche, en terme de formalisme, elle ne ressemble pas aux autres procédures groupe en ce sens qu'elle n'a pas fait l'objet de validation et qu'elle n'est pas datée. Par ailleurs, elle ne précise pas les modalités de transmission du courrier

entre le vaguemestre et la secrétaire, après que celui-ci l'ait réceptionné des mains du facteur.

- L'existence d'un cadrage de l'arrêt de l'accompagnement d'un résident. D'après l'établissement, il s'agit d'une situation exceptionnelle. Les modalités sont prévues dans l'article [REDACTED] du contrat de séjour qui a été transmis : la résiliation du contrat de séjour peut être soit à l'initiative du résident et/ou de son représentant légal, soit à l'initiative de l'établissement. Dans les cas de figure où la résiliation est à l'initiative de l'établissement, ce dernier s'assure, selon les [REDACTED] situations identifiées, qu'une solution soit bien trouvée ou que le CVS soit saisi. Il conviendrait également que l'établissement informe les autorités de tutelle et de contrôle lorsque les contrats sont rompus à son initiative.
- Le suivi des résidents présents en temps réel. Un tableau plus lisible (codification par couleurs selon le type d'absence) a été mis en place et est toujours géré via le logiciel de gestion des résidents.
- L'absence à date de projet d'animation. En effet, le projet d'animation global sera travaillé dans le cadre du projet d'établissement. Le calendrier prévisionnel de rédaction n'a pas été communiqué. Pour les animations [REDACTED] nous notons que le planning aurait été établi à l'issue de la commission animation du [REDACTED]

- **La recommandation n°6** portant sur le fait de veiller à la qualification de l'ensemble du personnel, compte tenu de l'enjeu global de cette mesure. Néanmoins, nous notons :

- Les actions mises en œuvre : des propositions de CDI faites par la direction de l'établissement mais refusées par les personnes concernées [REDACTED] attestations ont été transmises) ; une réunion d'information « VAE » DEAS serait prévue le [REDACTED] pour inciter à la formation par Validation des acquis de l'expérience et présenter la démarche d'accompagnement des VAE.
- Il serait intéressant de compléter la formation Aide médico-psychologique de l'animatrice par un diplôme qualifiant d'animateur en EHPAD.
- La mise en place d'un tableau de suivi des diplômes ainsi que de deux procédures : l'une relative aux démarches réalisées lors de l'embauche d'un nouveau collaborateur (il s'agit d'une procédure groupe dont la dernière version date du [REDACTED] et qui prévoit notamment le contrôle des références ainsi que la vérification des diplômes et, si nécessaire, l'inscription à l'Ordre ainsi que le numéro ADELI) et l'autre relative aux personnes ressources à solliciter à la DRJCS en cas de doute sur un diplôme/absence de diplôme. En revanche ce document est à actualiser à l'aune de la transformation des DRJCS [REDACTED] (soit DRAJES, soit DREETS).

- **La recommandation n°7** portant sur l'information en direction du personnel de l'ensemble des procédures et outils mis en place au sein de l'établissement, à travers une sensibilisation et des formations idoines ; et plus particulièrement de la nécessité de signaler, analyser et suivre les événements indésirables. Nous notons :

- La mise en place d'une fiche réflexe EI/EIG qui serait remise à chaque nouveau salarié lors de son embauche en complément de la charte de confiance.
- La mise en place d'une démarche préventive des EIG.
- L'organisation de deux réunions mensuelles afin d'échanger sur les situations rencontrées par les professionnels. Elles seraient animées par une infirmière et l'infirmier coordonnateur. Ces deux professionnels devraient être formés [REDACTED] Ils seraient désignés référents bientraitance de l'établissement.
- La mise en place d'une instance hebdomadaire d'analyse des EI/EIG avec un compte rendu d'analyse des causes qui serait formalisé afin de prévenir leur réapparition. Un tableau de suivi des EI/EIG/EIGS aurait été mis en place.

- **La recommandation n°8** portant sur la réalisation systématique du bilan d'intégration dans les trois premiers mois d'accueil d'un nouveau résident. Nous notons :
 - o L'existence de la trame type pour réaliser les bilans d'intégration à J+30 ainsi qu'un exemple de bilan d'intégration complété. Toutefois, l'exemple de bilan d'intégration complété, réalisé en présence des enfants de la résidente, n'a pas été réalisé dans les trois mois suivant l'admission de la personne [REDACTED]
 - o La mise en place d'un tableau récapitulatif des dates de bilan d'intégration des dernières entrées de l'établissement nous ont été transmis. Néanmoins, sur les [REDACTED] résidents inscrits dans le tableau des bilans d'intégration prévisionnels et réalisés, seuls [REDACTED] ont eu un bilan d'intégration dans les trois mois suivant leur accueil. Pour [REDACTED] d'entre eux, la date prévisionnelle du bilan d'intégration permettrait de respecter ce délai des trois mois. Pour les autres, une date prévisionnelle du bilan d'intégration est fixée, mais au-delà de l'échéance des trois mois.
 - o L'absence de transmission de la procédure concernant la tenue des bilans d'intégration bien qu'elle soit annoncée dans la réponse de l'établissement.
- **La recommandation n°9** portant sur la cohérence et la lisibilité des différents documents produits en interne, notamment sur les sujets suivants : la répartition par groupes iso-ressources (GIR) des résidents accueillis, la situation des effectifs en temps réel par rapport au planning théorique et la présence des résidents en temps réel. Nous notons :
 - o La mise en place d'un tableau de suivi plus lisible de la liste des résidents présents avec une codification par couleur poursuivre au quotidien la présence des résidents (code vert : absence pour convenance personnelle, code orange : absence pour hospitalisation, code bleu : chambre libre).
 - o La mise en place d'un tableau de suivi plus lisible des salariés présents ainsi que l'ensemble des salariés en contrat à durée indéterminée.
 - o L'identification d'un référent pour la mise à jour quotidienne de la liste des résidents en la personne de la secrétaire.
 - o La programmation à venir d'une formation des salariés pour une parfaite maîtrise des outils en collaboration avec les services supports du siège. A ce jour, la date n'a pas encore été définie.
- **La recommandation n° 10** portant sur le fait d'assurer et de documenter la continuité de service de l'établissement, jour et nuit (astreinte et temps de transmission inclus). Nous notons :
 - o La mise en place d'un tableau d'astreinte avec les coordonnées des directeurs accessible aux salariés.
 - o L'information et la sensibilisation de l'ensemble du personnel les [REDACTED] concernant l'importance d'émarger assidument sur le cahier d'émargement. Le contrôle de cette démarche revient à l'équipe de direction. Le salarié fera l'objet d'un entretien avec la Direction en cas de non-respect de cette consigne.
 - o L'existence des fiches de tâches heurées a permis d'objectiver la continuité de service et de garantir la fluidité des transmissions. Le temps de transmission est formalisé dans chaque fiche heurée des soignants. L'établissement effectue les plannings pour assurer la continuité de service en cas d'absence.
 - o La mise en place d'une astreinte paramédicale de nuit, en collaboration avec la Fondation « Santé Service » dans le cadre du dispositif IDE de nuit déployé par l'ARS. Les coordonnées sont affichées au sein de l'infirmerie.
 - o La réflexion en cours au niveau de la direction du groupe ORPEA d'une part, sur la mise en place de la subdélégation de signature pour la personne réalisant de la directrice en cas d'absence et d'autre part, sur la mise en place d'une astreinte médicale sur l'établissement afin d'assurer et de documenter la continuité de service de l'établissement, jour et nuit.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction, 4 prescriptions et 10 recommandations.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale des Hauts-de-Seine et au Conseil départemental des Hauts-de-Seine (CD92) les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

Nous vous rappelons 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>

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

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

Pour le Président du Conseil
départemental et par délégation,
La Directrice du pilotage des
établissements et services

Copie :
Madame Fatiha HACHEM
Directrice
EHPAD « Résidence Saint Joseph »
1/3 rue Fauveau
92140 Clamart

Annexe : Mesures envisagées dans le cadre de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » le 15 février 2022.

	Injonction envisagée	Texte de référence	Réf. rapport	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire		Délai de mise en œuvre
				Décision au terme de la procédure contradictoire		
P1	Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur dûment qualifié à hauteur d'une quotité de travail de 0,5 ETP.	Article L. 312-156 du CASF	E1 (page 18)	Publication d'annonces pour le recrutement du médecin coordonnateur sur de nombreux sites de recrutement (preuves à l'appui) ; Appui sur site du médecin coordonnateur régional, à raison de demi-journées par mois en moyenne (planning de présence du médecin coordonnateur de [redacted] transmis ainsi que la TO DO)	Injonction maintenue	6 mois
	Prescriptions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport			Délai de mise en œuvre
P1	Tenir conformes et à jour les dossiers des personnels permettant la vérification, à l'embauche, de l'aptitude des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Article L. 133-6 du CASF	E2 (page 36)	Transmission de [redacted] tableaux de suivi ; Relance des professionnels n'ayant pas communiqué leur casier judiciaire. Cette relance n'a pas été documentée par l'établissement.	Prescription maintenue dans la mesure où il s'agit d'un suivi continu. Elle pourra être levée si l'établissement justifie, sur une durée de 6 mois, de la mise en œuvre effective des actions indiquées dans sa réponse.	Immédiat

P2	Tenir un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies à jour, paraphé et coté par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD.	Article L. 331-2 du CASF Article R.331-5 du CASF	E3 (page 45)	Transmission de la photo d'une feuille avec une signature et un tampon de la mairie de Clamart.	<p>Prescription maintenue dans la mesure où la photo ne permet ni d'attester avec certitude qu'il s'agit du registre légal des entrées et des sorties, ni d'identifier clairement la personne ayant apposé sa signature.</p> <p>Il est attendu la transmission de l'élément suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une photo de la première page du registre légal des entrées et des sorties, paraphé par le maire de Clamart (cachet, date et signature). 	1 mois
P3	Rédiger un projet d'établissement à jour et conforme aux dispositions du CASF.	Article L. 311-8 du CASF	E4 (page 55)	Motifs du retard et actions engagées. En revanche le calendrier prévisionnel n'est pas communiqué et le projet d'établissement n'est pas rédigé.	Prescription maintenue	6 mois
P4	Mettre en place le Conseil de la Vie Sociale conformément aux dispositions du CASF et le tenir informé de l'ensemble des dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L.331-8-1 du CASF	Article D.311-5 du CASF Article R.331-10 du CASF Article L.331-8-1 du CASF	E5 (page 60) E6 (page 65)	Transmission des comptes rendus des 3 CVS du planning prévisionnel des séances du CVS ; et des appels à candidature pour les élections des membres du CVS.	Prescription maintenue dans la mesure où le CVS n'est pas constitué à date	3 mois



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure.					
P5	Déclarer l'ensemble des événements indésirables listés à l'article L. 331-8-1 du CASF aux autorités compétentes (ARS et CD 92) dans un délai de 48h à compter de la survenue de l'évènement.	Article L. 331-8-1 du CASF Articles R.331-8 à R.331-10 du CASF	E7 (page 66)	Transmission des outils internes de déclaration ; réunions hebdomadaires et planning prévisionnel de mini formations de minutes.	Prescription levée	Immédiat
	Recommandations envisagées	Texte de référence si existant	Réf. rapport			
1	Il conviendrait de procéder à l'ensemble des affichages réglementaires et/ou inscrits dans ses procédures internes au sein de l'EHPAD, parmi lesquels : <ul style="list-style-type: none">• Le règlement de fonctionnement ;• Le tableau des directeurs d'astreinte ;• Le dernier procès-verbal du Conseil de la Vie Sociale.		R6 (page 12) R8 (page 16) R46 (page 62)	Transmission d'une photo attestant des affichages suivants : <ul style="list-style-type: none">- Tableau des directeurs d'astreinte pour les week-end et jours fériés ;- Dernier procès-verbal du Conseil de la Vie Sociale (en date du)	Recommandation partiellement levée Il conviendrait de transmettre une photo attestant de l'affichage du règlement de fonctionnement. Pour rappel, le règlement intérieur et le règlement de fonctionnement sont deux documents différents. Le règlement intérieur relève du Code du Travail (Article L1321-1), alors que le règlement de fonctionnement relève du Code de l'Action Sociale et des Familles.	
2	Il conviendrait de réaliser des plannings et des comptes rendus de l'ensemble des		R12 (page 22)	Transmission : <ul style="list-style-type: none">- D'une trame vide d'un compte-rendu de réunion	Recommandation partiellement levée.	

temps d'échanges, visites et enquêtes ayant lieu au sein de l'établissement.		R13 (page 22) R34 (page 42) R36 (page 43) R48 (page 64)	d'équipe pluridisciplinaire hebdomadaire, avec le planning des staffs de l'année [redacted] et du premier trimestre de l'année [redacted] ainsi qu'une trame de plan d'actions.	En l'absence de transmission des comptes rendus des réunions 1) régionales, 2) Directrice Régionale / établissement et 3) de l'équipe de direction des [redacted] derniers mois, la mission d'inspection ne peut objectiver la documentation de ces réunions.
			<ul style="list-style-type: none"> - D'un compte-rendu vide de rencontre résident/famille/représentant légal par la direction - D'un planning intitulé « réunion institutionnelle » - D'une trame vide de fiche de suivi et accompagnement du personnel de nuit (par le Directeur de l'établissement ou l'IDEC) - D'un support de présentation à destination des salariés et d'un support de présentation à destination des résidents 	<p>Il conviendrait que l'établissement utilise de manière systématique la trame de suivi et accompagnement du personnel de nuit lors des visites de nuit inopinées.</p>

				<p>et des familles pour présenter les résultats du baromètre de satisfaction de l'année 2017</p> <p>Du plan d'action élaboré suite à l'enquête d'engagement réalisée auprès des collaborateurs</p>		
--	--	--	--	--	--	--

3	<p>Il conviendrait de rédiger des procédures et projets formalisés pour l'ensemble des dispositifs le nécessitant, parmi lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestion de l'ensemble des manquements professionnels ; • L'organisation et la gestion des remplacements ; • Les modalités de transmission entre les équipes ; • L'élaboration du projet individualisé ; • Les modalités d'attribution et de gestion des clés détenues par les résidents ; • La réception et la gestion du courrier et/ou des abonnements des résidents ; • L'arrêt de l'accompagnement d'un résident ; • Le suivi des résidents présents en temps réel ; • Le projet d'animation. 	Article D.311 du CASF HAS, 2018 Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)	<p>R18 (page 28) R22 (page 33) R33 (page 41) R37 (page 46) R39 (page 50) R40 (page 51) R41 (page 52) R42 (page 53) R43 (page 55)</p>	<p>Documents transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de gestion du courrier résident ; - Procédure de gestion des espèces et objets déposés au coffre-fort de l'EHPAD ; - Une fiche de contrôle des accès au coffre-fort de l'établissement ; - La notice projet personnalisé ; - Le tableau de suivi des projets personnalisés ; - Deux tableaux de suivi des résidents présents ; - La procédure « mode dégradé- aide-soignant » ; - La procédure de vérification des diplômes. 	<p>Partiellement levée en l'absence de transmission des procédures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De gestion de l'ensemble des manquements professionnels (hors manquements relatifs à la prise en charge des résidents) ; - D'organisation et gestion des remplacements ; - Du projet d'animation. 	6 mois (projet d'animation)
4	Il conviendrait de produire des fiches de tâches planifiées par heure pour l'ensemble des professionnels.		R31 (pages 39 et 43)	Transmission des fiches de tâches horaires pour l'ensemble du personnel	Recommandation levée	
5	Il conviendrait d'adapter l'ensemble des documents et procédures internes aux spécificités de l'établissement.		R15 (page 24)	Réponse transmise : <i>Le Groupe ORPEA met à disposition un ensemble de protocoles et</i>	Recommandation levée	

				procédures à disposition du personnel des établissements. Les directions s'en saisissent et les adaptent ensuite à l'établissement. Ces adaptations ne font pas systématiquement l'objet de formalisations mais l'appropriation des procédures se réalise notamment via les mini-formations, réunions, sensibilisations, mises en situation etc...		
6	Il conviendrait de veiller à la qualification de l'ensemble des personnels au regard des exigences des postes qu'ils occupent, pour garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins.	Guide des bonnes pratiques de l'ANESM (volet 3) Article L.311-3 3° du CASF Article L.312-1 II du CASF	R20 (page 30) R24 (page 34) R27 (page 36)	Transmission de : - Attestations de refus de CDI - La plaquette de présentation du DEAS par VAE - La procédure et le tableau de suivi des diplômes - Le diplôme AMP du personnel en charge de l'animation - La procédure de recrutement d'un nouveau collaborateur - Et concernant le volet déclaratif de la réponse : la mesure est abordée en	Recommandation maintenue dans la mesure où il s'agit d'une vérification en continue. Elle pourra être levée si l'établissement fournit, sur une période de 6 mois, la preuve de la réalisation effective des actions présentées.	

					réunion d'information et en entretien annuel			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

7	Il conviendrait d'informer le personnel de l'ensemble des procédures et outils mis en place au sein de l'établissement, à travers une sensibilisation et des formations idoines ; et plus particulièrement de la nécessité de signaler, analyser et suivre les événements indésirables.	Article L331-8-1 du CASF Articles R331-8 à 10 du CASF.	R50 (page 67) R51 (page 69)	Transmission : <ul style="list-style-type: none"> - Fiche réflexe EI/EIG qui serait remise à tout nouveau salarié - Démarche préventive des EI/EIG - Programmation de réunions mensuelles - Désignation de deux référents bientraitance - Mise en place d'une instance hebdomadaire d'analyse des EI/EIG 	Recommandation maintenue. Elle pourra être levée si l'établissement fournit, sur une période de 6 mois, la preuve de l'effectivité des actions présentées.	
8	Il conviendrait de réaliser systématiquement le bilan d'intégration dans les trois premiers mois d'accueil d'un nouveau résident.	HAS, 2018 Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet Ehpad)	R38 (page 47)	Transmission de : <ul style="list-style-type: none"> - La trame type pour réaliser le bilan d'intégration à J+30 ; - Un bilan d'intégration complété pour une résidente ; - Un tableau récapitulatif des dates de bilan d'intégration des dernières entrées de l'établissement (entre le [redacted] et le [redacted]) 	Recommandation maintenue La recommandation pourra être levée si l'établissement justifie de la bonne réalisation et documentation des bilans d'intégration de l'ensemble des résidents concernés durant les 6 prochains mois.	

9	<p>Il conviendrait d'assurer la cohérence et la lisibilité des différents documents produits en interne, notamment sur les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La répartition par groupes iso-ressources (GIR) des résidents accueillis ; • La situation des effectifs en temps réel par rapport au planning théorique ; • La présence des résidents en temps réel. 	<p>R1 (page 9) R23 (page 23) R30 (page 39) R32 (page 41) R37 (page 46)</p>	<p>Transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un tableau de suivi des résidents ; - D'un tableau de suivi des salariés présents ; - Identification d'un référent pour le suivi de la liste des résidents ; - Programmation à venir d'une formation des salariés. 	<p>Recommandation maintenue</p> <p>La recommandation pourra être levée si l'établissement justifie, sur une période de 3 mois, de l'effectivité des actions présentées.</p>	
10	<p>Il conviendrait d'assurer et de documenter la continuité de service de l'établissement, jour et nuit (astreinte et temps de transmission inclus).</p>	<p>R9 (page 17) R10 (page 17) R11 (page 18) R19 (page 30) R26 (page 36) R28 (page 37) R29 (page 38) R35 (page 43)</p>	<p>Transmission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un tableau d'astreinte des directeurs ; - L'information et la sensibilisation des personnels ; - Fiches de tâches heures ; - Mise en place d'une astreinte paramédicale ; - Réflexion en cours sur la mise en place de la subdélégation de signature et de la mise en place d'une astreinte médicale. 	<p>Recommandation partiellement levée en l'absence de transmission de la subdélégation de signature pour la personne effectuant l'intérim de direction en cas d'absence.</p>	

11	Il conviendrait de faciliter le recueil des doléances et réclamations des résidents et de leurs proches par la mise en place d'un registre dédié ; et d'y apporter des réponses formalisées.		R44 (page 57) R45 (page 58) R49 (page 66)	Transmission de : <ul style="list-style-type: none"> - Photo du registre des doléances ; - Photo du livre d'or ; - Procédures de gestion des réclamations (écrites et orales) ; - Maquette du compte-rendu ; - Sur le volet déclaratif : mise en place d'un entretien systématique avec réalisation d'un compte-rendu. 	Recommandation partiellement levée en l'absence de transmission d'un exemplaire de compte-rendu suite au traitement d'une doléance et/ou réclamation.	
12	Il conviendrait de documenter la tenue effective des formations incendie deux fois par an.	Article R.4227-39 du Code du Travail	R17 (page 26)	Transmission : <ul style="list-style-type: none"> - Des feuilles de présence des formations incendie sur les années [redacted] - D'une feuille récapitulant les différents exercices de sécurité organisés sur les années [redacted] avec les tampons des organismes formateurs ; - d'un mail attestant de la volonté de l'établissement d'organiser une session de formation incendie en juin et [redacted] (mail en date du [redacted]) 	Recommandation levée	

[illegible]



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



13	Il conviendrait de tenir à disposition des autorités compétentes le registre de sécurité.	Articles L.4711-1 à 5 du Code du Travail	R7 (page 12)	Transmission d'une photo d'un classeur rouge avec une étiquette indiquant « Registre de sécurité ORPEA »	Recommandation maintenue Il conviendrait de transmettre les éléments de preuves permettant : <ul style="list-style-type: none">- De prouver que ce classeur contient bien le registre de sécurité ;- D'attester du contenu du registre de sécurité.	
14	Il conviendrait de maintenir fermés à clé les locaux non accessibles aux résidents ; et plus spécifiquement ceux situés au sein de l'unité protégée.		R5 (page 11)	Transmission de : <ul style="list-style-type: none">- photos de portes fermées ;- Feuilles d'émargement à la formation/sensibilisation des personnels des [redacted]	Recommandation levée	
15	Il conviendrait de mettre en œuvre les moyens permettant d'assurer la sécurité des biens des personnes accueillies.	Article 1er du 1er protocole additionnel à la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) Article R. 1113-1 du CSP Article L. 1113-3 du CSP	R47 (page 63)	Transmission : <ul style="list-style-type: none">- Présence coffre-fort EHPAD ;- Procédure de gestion des espèces et objets déposés dans le coffre-fort ;- Liste des personnes habilitées ;- Un planning de formation/sensibilisation ;- Volet déclaratif : information à venir des résidents, familles et CVS sur la possibilité de disposer, si besoin, d'un petit	Recommandation levée	

[illegible]