

Agence régionale de santé d'Ile-de-France
Délégation départementale du Val d'Oise

Président Directeur général
Groupe ORPEA
12 RUE JEAN JAURES
92800 PUTEAUX

Saint-Denis, le

27 JUIN 2022

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Président Directeur général,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence régionale de sante d'Ile-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental du Val d'Oise, le 14 février 2022 au sein de l'EHPAD « Résidence John Lennon » situé à MONTIGNY LES CORMEILLES (N° FINESS : 950780312) 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 auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous vous avons adressé le 4 mars 2022 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 7 prescriptions et 16 recommandations que nous envisagions 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 m'avez transmis le 25 mars 2022 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Ces éléments portaient notamment sur :

- La planification de trois conseils de la vie sociale (CVS) prévus réglementairement chaque année (Prescription anciennement n°1) : l'établissement a fourni le rétro planning des trois prochains CVS. Cette prescription est levée.
- La mise à jour du registre des entrées et des sorties (Prescription anciennement n°5) : l'établissement a transmis les informations manquantes, sur le registre des entrées et des sorties, qui figuraient dans un deuxième registre ancien. Cette prescription est levée.
- La formalisation par écrit des réponses aux réclamations et signalement (Recommandation anciennement n°2): l'établissement s'engage à apporter une réponse écrite de manière systématique. Nous prenons acte de cette décision. Cette recommandation est levée.
- L'affichage de l'organigramme (Recommandation anciennement n°4) : celui-ci a été affiché dans le hall d'entrée et permet de lever la recommandation. Cependant celui-ci n'est pas abouti dans sa forme, et devrait faire apparaître une date de mise à jour. L'établissement devra d'ailleurs veiller à la mise à jour régulière de ce document.
- L'identification des locaux de stockage pour le matériel spécifique de l'unité « grande dépendance » (Recommandation anciennement n°5): les locaux ont été identifiés et certains arguments apportés permettent de lever la recommandation.
- L'amélioration du ménage des parties communes et des vestiaires du personnel (Recommandation anciennement n°8): le ménage a été réalisé et des formations engagées. Ceci permet de lever la recommandation.

- L'organisation des espaces de repos pour les salariés avec affichage des informations prévues réglementairement (Recommandation n°10). L'espace est organisé et l'affichage réglementaire réalisé. Ceci permet de lever la recommandation.

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

- La mise en place d'une procédure de recueil et de suivi des plaintes, ainsi qu'un outil permettant de tracer les suites données : deux procédures de recueil et de suivi des plaintes existent déjà (une concernant les plaintes écrites et l'autre concernant les plaintes orales). Celles-ci ont été transmises par le gestionnaire en annexe 6 et 6 bis mais n'étaient pas appliquées au jour de la visite. La direction s'engage à plus de rigueur dans le suivi. Concernant le tableau récapitulatif des réclamations créé à la suite de la visite, celui-ci doit être retravaillé afin qu'apparaissent les informations concernant le traitement donné à la réclamation. La prescription est maintenue pour la mise en place de l'outil permettant de tracer les suites données
- La formalisation d'une procédure de déclaration des événements indésirables graves (EIG) ainsi que la traçabilité des suites données : une procédure de déclaration des EIG existe déjà. Celle-ci a été transmise par le gestionnaire en annexe 7. La direction s'engage à plus de rigueur dans l'utilisation de celle-ci et à l'envoi systématique du formulaire aux autorités administratives. L'outil de suivi transmis 7 ter « Tableau de suivi des EI/EIG » n'est pas complet et ne permet pas de suivre l'évènement jusqu'à sa clôture. Celui-ci est donc à retravailler et à compléter. La prescription est maintenue pour le traçage des suites données aux EIG.
- Finaliser l'actualisation du projet d'établissement en y intégrant un projet d'animation : nous actons que les groupes de travail vont reprendre et qu'un retro-planning complémentaire a été établi. La mesure est maintenue, la prescription portant effectivement sur la finalisation du projet d'établissement. Il vous est rappelé qu'un projet d'animation travaillé par les professionnels et répondant aux besoins des résidents en concertation avec eux doit être intégré dans le projet d'établissement.
- Mettre en place une procédure d'admission associant les professionnels de santé, la famille et/ou le résident : des procédures de pré-admission et d'admission existent et ont été transmises par le gestionnaire en annexe 11 et 11 bis. En revanche, il n'existe pas de commission d'admission associant les professionnels de santé, la famille et/ou le résident. Celle-ci est à mettre en place. La prescription est maintenue.
- Rédiger et signer un projet de vie personnalisé pour chaque résident : l'ensemble des projets de vie personnalisés n'ayant pas été signé et le tableau récapitulatif ne précisant pas les dates de rendez-vous prévus pour la signature, la prescription est maintenue.
- Mettre à jour le registre de traitement et le suivi des événements indésirables et réclamations : le retour du gestionnaire permet de constater une mise en œuvre partielle de cette recommandation (Cf Prescription n°2). La recommandation est maintenue.
- Afficher les résultats de la dernière enquête de satisfaction : l'enquête de satisfaction 2021 n'a pas été affichée puisque celle-ci n'a pas été encore reçue par la direction. La recommandation est maintenue.
- Accompagner les professionnels afin qu'ils s'approprient les outils mis en place pour la prise en charge des résidents par étage : Il est indiqué par la structure que l'accompagnement à l'appropriation de ces outils doit être mené par la psychomotricienne. Or, à ce jour, le poste de psychomotricienne n'est pas pourvu. Il est noté qu'une offre d'emploi a été déposée sur le site de Pôle emploi le 11 mars 2022. La recommandation est maintenue.
- Intégrer dans le programme d'animation l'utilisation des espaces dédiés (balnéothérapie, Snoezelen, ...) et les animations confiées aux aides-soignants : l'accès à l'espace Snoezelen est indiqué uniquement dans le planning de l'unité spécifique Alzheimer. Aucune mention n'est faite dans le planning destiné à l'ensemble des résidents concernant les espaces dédiés. Or, l'accès à ces espaces devrait être possible pour chacun à sa demande et non uniquement dans un cadre thérapeutique décidé par les professionnels. Ces activités doivent donc être intégrées comme demandé dans le programme d'animation. Les animations confiées aux aides-soignantes sont intégrées dans le planning les lundis en l'absence de l'animatrice. Cependant, l'animation est identique chaque lundi et doit être retravaillée pour être diversifiée. La recommandation est maintenue.
- Décorer les espaces collectifs de manière à les rendre plus attractifs : de beaux projets ont été engagés dans l'unité spécifique Alzheimer, (fresque et tapisserie de forêt). Cependant, le côté impersonnel relevé lors de la visite concernait l'ensemble des espaces communs et l'amélioration de l'attractivité de ceux-ci doit donc être revue pour l'ensemble de ces espaces. La recommandation est maintenue.
- Mettre en place un plan de formation à la bientraitance pour tous les salariés et une politique bientraitance encadrée par la psychologue : le plan de formation n'a pas été transmis et l'annexe 27

communiquée est illisible. Les groupes de parole menés par la psychologue ne concernent que des situations problématiques. La politique bientraitance doit être revue. La recommandation est maintenue.

- Revoir l'organisation de la commission restauration pour s'assurer de la prise en compte des remarques des résidents : le gestionnaire s'y engage dans sa réponse mais sans pouvoir en apporter la preuve. Il faudra transmettre le prochain compte rendu de cette commission restauration pour lever la recommandation. Dans cette attente, la recommandation est maintenue.
- Etablir des comptes-rendus des commissions de restauration indiquant les modifications apportées : la recommandation n'a pas été prise en compte. Il est demandé d'inscrire dans le compte rendu les remarques qui sont faites par l'ensemble des participants ainsi que les réponses qui y sont apportées afin d'avoir une visibilité claire sur les échanges (remarques et traitement de celles-ci). Lors de la commission suivante, les remarques et traitement inscrits dans le compte rendu précédent doivent être repris et un bilan doit être réalisé. Ce point doit être inscrit dans l'ordre du jour. La recommandation est maintenue.
- Mettre en place une analyse des pratiques : les actions menées ne sont pas suffisantes car une analyse de pratique doit faire l'objet d'un temps dédié et d'une fiche dédiée à cette analyse. La recommandation est maintenue.
- Objectiver le risque psycho-social dont les équipes font part en lien avec un sentiment d'épuisement et une perte de confiance dans la direction : le travail reste à mener selon votre retour. La recommandation est maintenue.
- Mettre en place un plan d'actions sur la prévention de l'absentéisme : aucun plan d'action n'a été évoqué ou transmis. La recommandation est maintenue.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif ces 5 prescriptions et 11 recommandations.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS et au Conseil départemental du Val d'Oise les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

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 Président Directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale

Pour la Présidente et par délégation

Copie :

Directrice exploitation
EHPAD « Résidence de la rue John Lennon »
3 RUE JOHN LENNON
95370 MONTIGNY LES CORMEILLES

Annexe : Décision définitive concernant les mesures correctrices à mettre en place pour faire suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Résidence de la rue John Lennon » le 25 mars 2022

	Prescriptions maintenues	Texte de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Mettre en place une procédure de recueil et de suivi des plaintes, et un outil permettant de tracer les suites données.	L. 1110-4, CSP	§ I.C.1 (p.11)	Délai 3 mois.
2	Formaliser la procédure de déclaration des EIG et tracer les suites données.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016	§ I.D.5 (p.13)	Délai 1 mois.
3	Finaliser l'actualisation du projet d'établissement en y intégrant un projet d'animation	art. L.311-8 et D311-38 du CASF	§ II.B.2 (p.15) § III.A.2 (p.16)	Délai 6 mois.
4	Mettre en place une procédure d'admission associant les professionnels de santé, la famille et/ou le résident.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)	§ I.B.1 (p.10)	Délai 6 mois.
5	Rédiger et signer un projet de vie personnalisé pour chaque résident.	Article L. 311-3 du CASF Article D.312-155-031 du CASF ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 ¹	§ I.B.3 (p.10)	Délai 6 mois.

¹ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008

	Recommandations maintenues	Texte de référence si existant	Réf. rapport	
1	Mettre à jour le registre de traitement et le suivi des événements indésirables et réclamations		§ I.D. 3 (p. 12)	
2	Afficher les résultats de la dernière enquête de satisfaction		§ I.E.1 (p. 13)	
3	Accompagner les professionnels afin qu'ils s'approprient les outils mis en place		§ III.A.1 (p. 16)	
4	Intégrer dans le programme d'animation l'utilisation des espaces dédiés (balnéothérapie, Snoezelen, ...) et les animations confiées aux aides-soignants		§ III.A.2 (p. 16)	
5	Décorer les espaces collectifs de manière à les rendre plus attractifs		§ III.C.3 (p. 17)	
6	Mettre en place un plan de formation à la bientraitance pour tous les salariés et une politique bientraitance encadrée par la psychologue		§ IV.A.8 (p. 23)	
7	Revoir l'organisation de la commission restauration pour s'assurer de la prise en compte des remarques des résidents		§ III.D.6 (p. 19)	
8	Etablir des comptes-rendus des commissions de restauration indiquant les modifications apportées		§ III.D.6 (p. 19)	
9	Mettre en place une analyse des pratiques		§ IV.A.1 (p. 22)	

10	Objectiver le risque psycho-social dont les équipes font part en lien avec un sentiment d'épuisement et une perte de confiance dans la direction	\$ IV.C.1 (p.24)	
11	Mettre en place un plan d'actions sur la prévention de l'absentéisme	\$ IV.C.2 (p.24)	