

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « CHATEAU NODET » (EHPAD)  
3-5 Rue du Maréchal Juin, 77130 Montereau-Fault-Yonne  
N° FINESS 770001311**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2022\_0148  
Contrôle sur pièces le 07/03/2022**

Mission conduite par

- [REDACTED] désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique.

Accompagnée par

- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique

Textes de référence

- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

### 1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA :

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

### 2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L. 311-5, 2° du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

### 3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	6
B) Modalités de mise en œuvre .....	6
C) Présentation de l'établissement .....	6
<b>CONSTATS.....</b>	<b>8</b>
<b>I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS .....</b>	<b>9</b>
A) L'encadrement des équipes.....	10
B) La situation des effectifs.....	12
C) L'organisation du travail :.....	13
<b>II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE .....</b>	<b>15</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	15
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	16
C) La communication avec les familles et le CVS .....	17
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables .....	18
<b>III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE .....</b>	<b>20</b>
A) Les prestations hôtelières .....	20
B) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	21
<b>IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE.....</b>	<b>22</b>
A) Les missions du médecin coordonnateur .....	22
B) Qualité et gestion des risques.....	22
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>24</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>26</b>
Annexe 1 : Lettre de mission.....	26
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....	28
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	31

## **SYNTHESE**

### **Éléments déclencheurs de la mission**

La parution du livre « *Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est diligentée par la Directrice générale de l'ARS au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de l'autorité.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débutera le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

En ce qui concerne le contrôle présent, les axes principalement examinés sont les suivants :

- La gestion des ressources humaines ;
- La communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Ce contrôle sur pièces a consisté à demander à l'établissement par courrier du 15 février 2022 un ensemble de 41 documents. L'ensemble des documents ont été reçus le 21 février 2022 et examinés par la mission de contrôle. Certains documents ont appelé des pièces complémentaires.

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

La mission a identifié des écarts à la réglementation et/ou aux bonnes pratiques professionnelles :

#### **Ecart n°1 :**

En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.

**Ecart n°2 :**

En ne disposant pas d'une évaluation externe en cours de validité l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-8, D312-203 à -205 du CASF.

**Remarque 1 :**

Le diplôme du médecin est absent des pièces transmises. Seule un certificat provisoire de réussite au diplôme a été communiquée à la mission.

**Remarque n°2 :**

Le registre des délégués du personnel n'est pas renseigné depuis 2015.

## **INTRODUCTION**

### **A) Contexte de la mission d'inspection**

La Délégation départementale de Seine et Marne de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a été destinataire de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « CHATEAU NODET » 3-5 Rue du Maréchal Juin 77130 Montereau-Fault-Yonne, qui appartient au groupe ORPEA.

La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

Aussi, la DG ARS a-t-elle diligenté une inspection sur pièces pour cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

### **B) Modalités de mise en œuvre**

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée de

- [REDACTED] désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, Délégation départementale Seine-et-Marne, Agence régionale de santé
- [REDACTED], désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP, Délégation départementale Seine-et-Marne, Agence régionale de santé
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP, Délégation départementale Seine-et-Marne, Agence régionale de santé

Le contrôle sur pièces a fait l'objet d'un courrier d'annonce le 15 février 2022.

### **C) Présentation de l'établissement**

Situé à Montereau-Fault-Yonne, l'EHPAD « CHATEAU NODET » est géré par le groupe ORPEA dont le siège est situé 12 rue Jean Jaurès 92 813 PUTEAUX Cedex. Ouvert en [REDACTED] l'EHPAD « CHATEAU NODET » dispose de [REDACTED] places en hébergement permanent, [REDACTED] places en hébergement temporaire et ne comprend pas de places en accueil de jour. Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de [REDACTED]; en prenant



uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de [REDACTED] places, le GMP médian est de [REDACTED] et le PMP [REDACTED]

Son budget de fonctionnement est de [REDACTED] en 2021 au titre du soin. Un CPOM est en cours de négociation.

Les résidents 79 accueillis en 2020, et les 85 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2020		[REDACTED]				[REDACTED]
EHPAD N, 2021		[REDACTED]				[REDACTED]
IDF		18%	40%	18%	17%	7%

#### Activités (ERRD Annexe activité)

	2020	2019	2018
HP (cible >= 95%)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
HT (cible >= 70%)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
AJ (cible >= 70%)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

#### Soins/dépendance (ERRD annexe ETP)

GMP/PMP validé en 2018	PMP	GMP	Charges en soins (PMP x nb de places HP) /ETP IDE Cible < 4300	Charges en dépendance (GMP x nb de places HP) /ETP AS-AMP) Cible < 3 200
2020	[REDACTED]			
2019	[REDACTED]			

	ETP IDE	ETP AS/AMP	ETP MedCo	ETP IDEC	ETP Total
2020	[REDACTED]				
2019	[REDACTED]				

#### Données financières (ERRD)

	Soins Prévisionnel A	Soins Réalisé B	Dépendance prévisionnel C	Dépendance Réalisé D	Résultat consolidé = B+D
2020	[REDACTED]				
2019	[REDACTED]				

## **CONSTATS**

Le rapport est établi au vu des documents reçus par la mission de contrôle.

### **Consignes de lecture :**

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

**Ecart** : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

### **Références réglementaires et autres références**

**CASF**: Code de l'action sociale et des familles

**CSP**: Code de la santé publique

**RBPP HAS**: Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

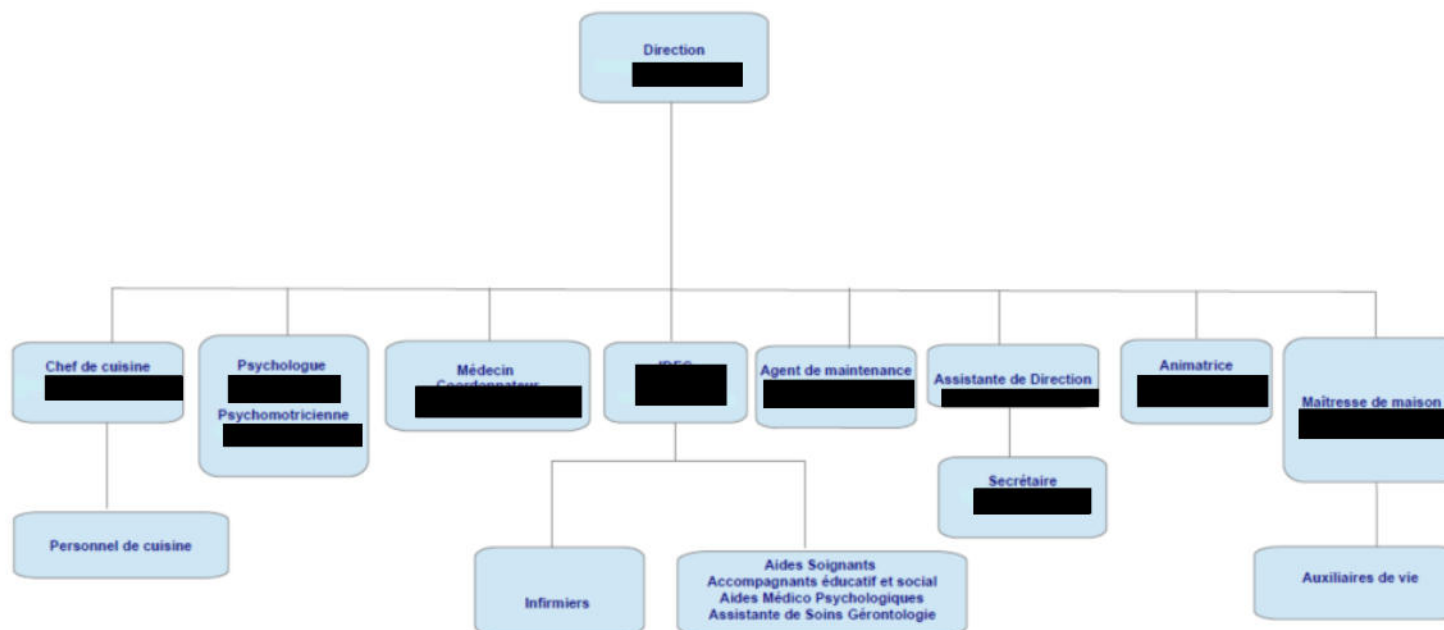


## I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D’ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L’INTERIM, FORMATIONS



la vie continue avec nous

### ORGANIGRAMME DE L'EHPAD CHATEAU NODET



Mis à jour le 04/02/2022

Document de travail interne - ORPEA - Novembre 2019 - Ne pas diffuser

## A) L'encadrement des équipes

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>A. L'ENCADREMENT DES EQUIPES</b>					
- Directeur : Qualification, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission,	O/C			La directrice est [REDACTED]	D. 312-176-5 à -9 du CASF (DUD et qualification <sup>1</sup> ) L. 315-17 et D. 315-67 à 71 du CASF (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
- Document unique de délégation de pouvoir (DUD) ?	O/C			La Délégation de compétences et de missions documentée a été signée le 06/07/2020.	
- le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2022 est-il fixé ?	O/C			Une note générique « Organisation de la permanence en l'absence de directeur » indique qu'en son absence un des agents suivants est présent et suppléé : [REDACTED] En cas d'absence programmée de plusieurs jours, la directrice édite une note de service [REDACTED] [REDACTED] Le calendrier des astreintes de direction mentionne un roulement établi [REDACTED]	
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire aux catégories de personnel recensées par le CASF <sup>2</sup> ?	O/C			L'équipe est composée de la directrice, une assistante de direction, un MEDEC, une IDEC, des infirmiers, aides-soignants, AMP, AES, une responsable hôtellerie, une psychologue et une psychomotricienne auxquels s'ajoutent le personnel administratif, cuisine et technique, L'organigramme présenté est complet. Une réunion des cadres [REDACTED]	D. 312-155-0, II du CASF

<sup>1</sup> Cf. site internet : [http://www.synerpa.fr/extranet/maj/upload/document/document\\_90.pdf](http://www.synerpa.fr/extranet/maj/upload/document/document_90.pdf)

<sup>2</sup> D. 312-155-0, II du CASF : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
-MEDEC : ETP conforme à la capacité de l'EHPAD ? Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ?	O	NC	R1	<p>[REDACTED]</p> <p>Le MEDEC est titulaire [REDACTED]</p> <p>Le MEDEC travaille à hauteur de [REDACTED] ETP.</p>	D. 312-156 (ETP), D. 312-157 <sup>3</sup> et D. 312-159-1 du CASF HAS, 2012 <sup>4</sup> HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019
-IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ?	O/C			<p>L'IDEC est en poste depuis [REDACTED]</p> <p>Le diplôme d'état d'IDE et la fiche mission sont conformes aux attendus.</p>	D. 312-155-0, II du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011 <sup>5</sup> Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>6</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...	O/C			<p>Une procédure « d'embauche et d'intégration des nouveaux salariés » existe et un livret d'accueil est remis à chaque nouveau salarié.</p> <p>Avant toute prise de poste, les documents remis aux nouveaux salariés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contrat de travail ;</li> <li>- La fiche métier ;</li> <li>- Le règlement intérieur ;</li> <li>- Le livret d'accueil pour les salariés ;</li> <li>- La notice d'informations frais de santé et prévoyance.</li> </ul> <p>Le livret d'accueil du salarié est complété par</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annexe 1 « Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) »</li> <li>- Annexe 2 « Liste des formations »</li> <li>- Annexe 3 : « Prévention des accidents d'exposition au sang »</li> <li>- Annexe 4 : Charte de confiance</li> <li>- Annexe 5 : « Le guide Épargnant »</li> <li>- Annexe 6 : Uniquement Guide pour le personnel en CDD soignant</li> </ul>	HAS, 2008 <sup>7</sup>
-Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N+1 -Attestations de formations suivies 2019 et 2021	O/C			<p>Le plan de formation 2022 répertorie l'ensemble des thèmes [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	HAS, 2008 <sup>8</sup>

<sup>3</sup> Article D. 312-157, CASF : « Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. »

<sup>4</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

<sup>5</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

<sup>6</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles, remise du RF, ...

<sup>7</sup> HAS, ex-ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

<sup>8</sup> HAS, ex-ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS :</b> les formations prévues/réalisées portent-elles notamment sur les thèmes suivants : -pratiques professionnelles, -bientraitance/prévention de la maltraitance, -bon usage des outils et équipements de travail ?				La liste des formations suivies par chacun des salariés pour N-2, N-1 et N est fournie ainsi que les feuilles d'émargement aux formations internes [REDACTED] [REDACTED] La directrice anime une formation sur la maltraitance. La formation au maniement spécifique de certain matériel est dispensée par les fournisseurs.  [REDACTED] AVS suivent le parcours de VAE aide-soignante ; deux d'entre elles achèvent la formation en 2022.	
Copie des registres des délégués du personnel  <b>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS :</b> ces registres sont-ils remplis, actualisés ? (formalisation du dialogue social à l'échelle de l'établissement)	O	NC	R2	La liste des membres du CSE est actualisée à janvier 2022. Le registre des délégués du personnel existe, est renseigné [REDACTED] La dernière écriture date de 2015.	Article L. 2315-22, code du travail
Des contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD sont-ils formalisés ?	O/C			Des contrats sont formalisés avec les professionnels libéraux intervenant. [REDACTED]	L. 314-12, CASF (arrêté du 30/12/2010)
L'EHPAD dispose-t-il d'une liste nominative des médecins traitants des résidents ?	O/C			L'EHPAD dispose d'une liste de [REDACTED] médecins traitants des résidents. Toutefois, [REDACTED] résidents n'ont pas de médecin traitant, soit [REDACTED] pour lesquels le MEDEC assure le suivi médical.	

## B) La situation des effectifs

<b>B. LA SITUATION DES EFFECTIFS</b>					
-Conformité de l'équipe pluridisciplinaire (fonctions exercées) en janvier et février 2022 avec les catégories de personnel recensées au CASF ? -Ancienneté à date (part des agents ayant +/- 5 ans) ? -Part des postes occupés par des agents en CDI, en CDD, en intérim ? -Effectif et fonctions des équipes de nuit ?	O/C			La composition de l'équipe pluridisciplinaire présentée pour janvier et février 2022 est conforme avec les catégories de personnels attendues (AES, AMP, AS, AV, IDE, MEDEC, Psychologue). Parmi les [REDACTED] professionnels en CDI en février 2022, [REDACTED] sont en poste depuis au moins 5 ans. Les agents en CDD sont au nombre de [REDACTED]  L'équipe de nuit est composée de [REDACTED] AS	D. 312-155-0, II du CASF <sup>9</sup>

<sup>9</sup> Article D. 312-155-0, II du CASF : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. »

				<p>il a été précisé que d'IDE et d'AS sont à pourvoir.</p> <p>Les salariés en CDI résident dans la proximité de l'EHPAD et le recrutement des CDD repose également sur des ressources professionnelles locales.</p>	
Ratios d'encadrement <sup>10</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'AS présents le 1<sup>er</sup>/02/2022 / nombre de résidents présents ?</li> <li>- Nb d'IDE présents le 1<sup>er</sup>/02/2022 /nb de résident présents ?</li> <li>- nb d'ASH présents le 1<sup>er</sup>/02/2022 / nb de résidents présents ?</li> </ul>	O/C			<p>Le 1<sup>er</sup> février, sont présents pour prendre en charge les résidents,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AS, soit résidents (%)</li> <li>- IDE, soit pour résidents, (%)</li> <li>- ASH, soit pour résidents, (%)</li> </ul>	L.311-3 et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>11</sup>
Les conventions de stage des élèves et stagiaires actuellement présents le jour de la visite d'inspection ?	O/C			<p>Le document mentionne bien le cadre et les modalités du stage et est signé par les trois parties.</p>	Cf. Arrêtés de formation, par ex. : AS (article 17, arrêté 10/06/2021), AES (article 9, arrêté 31/08/2021), IDE (§6, annexe 3, arrêté du 31/07/2009)

### C) L'organisation du travail :

C. L'ORGANISATION DU TRAVAIL					
Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES de jour ?	O/C			Les documents transmis sont en adéquation avec les fonctions dévolues aux AS/ASG/AES sur les plages de jour et nuit.	L. 311-3 <sup>12</sup> (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa du CASF et HAS <sup>13</sup>
Les fiches de tâches heurées des ASH ?	O/C			Les tâches décrites sur les fiches des ASH correspondent aux attendus de la fonction.	L. 311-3 (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa du CASF et HAS <sup>14</sup>
Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission): novembre, décembre 2021 et janvier, février 2022	O/C			Les plannings transmis ne mentionnent pas les temps de transmissions. Les fiches de poste et les fiches de tâches heurées précisent :	

<sup>10</sup> Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021

<sup>11</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

<sup>12</sup> Article L. 311-3, CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...) ».

<sup>13</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

<sup>14</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

<p><i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS TRANSMIS : La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ? Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ? Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit prévus ?</i></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un temps de transmission journalier à [REDACTED] minutes entre les cadres, les infirmiers et les aides-soignants.</li> <li>- Un temps de chevauchement des équipes permet des transmissions le matin et le soir de [REDACTED] minutes.</li> </ul> <p>Une rotation mensuelle de l'ensemble des soignants sur les étages préserve une équité de la charge de travail.</p>	
--	--	--	--	--



## II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE

### A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS</b>					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O/C			Une copie du registre des entrées et sorties est transmise, dernière admission le [REDACTED]	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis à date ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O/C			Au jour du contrôle [REDACTED] résidents sont accueillis sur les [REDACTED] places installées, soit un taux de [REDACTED] mais deux hospitalisations portent le taux de présence à [REDACTED]%. Un tableau informatisé trace le suivi des mouvements des résidents (hospitalisation ou convenance personnelle)	Conformité à l'arrêté d'autorisation ?
-Taux d'occupation par étage et/ou unité ?  -Taux d'occupation global (évolution mensuelle et à date) ?	O/C			En février 2022, le taux d'occupation par étage indique [REDACTED]	Conformité au taux d'occupation régional cible (cf. le ROB 2021) ?



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Evaluation de la dépendance des résidents à date ?	O/C			Au 17/02/2022, la répartition des résidents dépendants indique [REDACTED]	Articles R. 332-18 <sup>15</sup> et D. 312-158, 4° du CASF <sup>16</sup>
Nombre et mode de sortie des patients en 2021	O/C			[REDACTED] résidents sortis en 2021 [REDACTED] Les retours au domicile concernent en majorité des résidents admis dans le cadre du dispositif ARS d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation lors de la crise sanitaire.	

## B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents

LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					
La procédure de préadmission et d'admission des résidents est-elle formalisée ? conforme aux textes et RBP en vigueur ?	O/C			La procédure de préadmission d'un nouveau résident ORPEA date du [REDACTED] La procédure d'admission d'un nouveau résident en date du 11/02/2022 L'avis médical valide l'admission. La charge en soins est déterminante. [REDACTED] [REDACTED]	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158, CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF) D. 312-158, alinéa 2° du CASF (avis du MEDEC)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, remise du RF, du Livret d'Accueil et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ?	O/C			Le contrat de séjour actualisé en date de janvier 2021 et recueille le consentement du résident lors de l'admission Il est complété de 4 annexes : [REDACTED]	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 réf au livret d'accueil (LA) et HAS 200917

<sup>15</sup> Article R. 232-18, CASF : « Le niveau de perte d'autonomie des résidents est déterminé dans chaque établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles R. 314-170 à R. 314-170-7 ou, à défaut, sous la responsabilité d'un médecin conventionné au titre de l'assurance maladie. »

<sup>16</sup> Article D. 312-158, CASF : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (...) 4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (...) ».

<sup>17</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

				La rédaction des directives anticipées n'est pas mentionnée dans les documents remis	
Livret d'accueil	O/C			<p>Lors de l'admission, il est mentionné la remise, du LA ainsi décliné</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La présentation de l'établissement et des intervenants ;</li> <li>- L'espace privé du résident ;</li> <li>- L'hôtellerie et la restauration ;</li> <li>- Les soins et l'accompagnement ;</li> <li>- Les activités ;</li> <li>- Les prestations externes ;</li> <li>- La démarche qualité et bientraitance ;</li> <li>- Les droits au respect de la vie privée ;</li> <li>- Les informations pratiques ;</li> <li>- Les annexes (règlement de fonctionnement, charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante, charte des droits et liberté de la personne accueillie, la liste des personnes qualifiées et les modalités de saisine).</li> </ul>	
Projet d'établissement		N/NC	E1	<p>Le projet d'établissement présenté couvre la période 2013-2018.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Au 17/02/2022, la rédaction est en cours. [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.</p>	
Règlement de fonctionnement	O/C			<p>Le règlement de fonctionnement est fourni conformément aux articles R311-33 à R311-37-1). Y sont abordés :</p> <p>Partie 1 – hygiène et sécurité</p> <p>Partie 2 – discipline</p> <p>Partie 3 – échelle des sanctions et droits de la défense</p> <p>Partie 4 code de conduite</p> <p>Partie 5 – Prévention des risques</p>	

### C) La communication avec les familles et le CVS

LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS					
-Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles 2020 à aujourd'hui ?	O/C			[REDACTED] un registre a été remis en place en février 2022.	

-Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles ? <i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?</i> <i>Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? (ex. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier ou « référent »)</i>					
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?	O/C			Le CVS est en cours de renouvellement les prochaines élections auront lieu le 22 mars 2022. [redacted] Le CVS est opérationnel.	D. 311-3 à 32-1, CASF
Compte-rendu des 2 derniers CVS et dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019) ?  <i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : appréciation sur la fréquence des CVS, la qualité des échanges, le respect par la direction d'aviser le CVS des dysfonctionnements ou EI graves, formalisme respecté (OJ préalable et CR) ?</i>	O/C			En 2020 une seule commission s'est tenue. En 2021, le CVS s'est réuni 3 fois. Les deux derniers CR des CVS mentionnent les ordres du jour suivants : [redacted] Lors des Conseils de la vie sociale, un procès-verbal de ses réunions est diffusé aux résidents, aux familles et au personnel. Un exemplaire est également consultable à l'accueil.	D. 311-3 à 32-1, CASF R. 331-10, CASF (dysfonctionnements graves et EIG)

## D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables

LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE					
L'établissement a-t-il réalisé des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?	O/C			L'établissement a réalisé une campagne d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et leurs familles en novembre 2020. [redacted] Extrait des résultats avec un indice de satisfaction par thème :	L312-8, D312-203, D312-205 CASF Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire

				<p>Information :  <div style="background-color: black; height: 40px; width: 100%;"></div> </p> <p>Soins :  <div style="background-color: black; height: 40px; width: 100%;"></div> </p> <p>Il existe un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance conduit par la directrice avec des actions menées à fréquence régulière auprès des équipes.</p>	<p>DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS<sup>18</sup></p>
	O/C				

<sup>18</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

### III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE

#### A) Les prestations hôtelières

Grille de contrôle/Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>LES PRESTATIONS HOTELIERES</b>					
<i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : y-a-il des précisions sur la sécurité des locaux : circulation PMR avec aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) ? système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie ?</i>	O/C			<p>Un registre de sécurité comportant les vérifications suivantes : installations électriques, système de sécurité incendie et désenfumage, ascenseurs, sécurisation des accès, installation de gaz, extincteurs, éclairage de sécurité, matériel des cuisines, installations des fluides médicaux, plan d'intervention et d'évacuation a été transmis.</p> <p>La dernière vérification du registre de sécurité a eu lieu le 20/01/2022. La dernière commission de sécurité a eu lieu le 08/02/2022 et l'établissement est en attente d'en recevoir le rapport.</p>	<p>L. 311-3, CASF HAS 2011<sup>19</sup> R. 123-51 du code de la construction et de l'habitation<sup>20</sup></p>

<sup>19</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011

<sup>20</sup> Le registre de sécurité erp doit comprendre (Article R 123-51 du CCH) les parties suivantes : 1°) dates des contrôles périodiques, puis vérifications du matériel et des installations de sécurité, 2°) observations et prescriptions (faisant suite aux contrôles), 3°) consignes établies en cas d'incendie, 4°) consignes d'évacuation avec prise en compte des différents types de handicap, 5°) personnel chargé du service d'incendie, 6°) renseignements relatifs aux travaux d'aménagement (date, nature, prestataires).

## **B) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique**

<b>L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE</b>				
Liste des investissements/petits matériels acquis en 2020 et 2021 en lien avec la prise en charge de la dépendance	O/C			Les listes des investissements/petits matériels acquis en 2020 et 2021 en lien avec la prise en charge de la dépendance ont été transmis.
Inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisables : -extracteurs d'O2, -bouteilles O2, -VNI, -nébulisateurs, -pompes de nutrition, -seringues électriques, -aspirateurs, VAC -bladder scan, -lits fluidisés (locations en cours), -dispositifs de levage	O/C			L'inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisable a été transmis - 3 extracteurs d'O2, - 2 bouteilles O2, - 2 nébulisateurs, - 3 aspirateurs à mucosités - 1 pousse seringues électrique, - 1Bladder scan, - 6 dispositifs de levage - 24 matelas à air - 18 rails



## IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE

### A) Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Date dernier RAMA établi ?	O/C			Le dernier RAMA établi concerne l'année [REDACTED] La saisie des données 2021 dans le logiciel n'était pas ouverte à la date du contrôle.	D312-155-3 al 9
Dernier rapport de la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ?	O/C			Le dernier rapport de la commission de coordination gériatrique transmis date du 26 novembre 2021. L'instance a réuni les médecins traitants, la psychologue, la directrice, les infirmiers et la psychologue de l'équipe mobile territoriale spécialisée auprès de personnes âgées souffrant de troubles psychiques (EMPPA).	D312-158, 3°, CASF <sup>21</sup>

### B) Qualité et gestion des risques

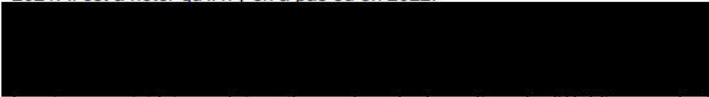






Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Existence d'une démarche d'évaluation externe	O	NC		Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi en date du [REDACTED]	L312-8, D312-203 <sup>22</sup> à -205 du CASF
<i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS, l'évaluation externe est-elle toujours valable (tous les 5 ans) ? Existence d'un plan d'action suite aux évaluations, quel degré d'avancement du plan ?</i>			E2	En ne disposant pas d'une évaluation externe en cours de validité l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-8, D312-203 à -205 du CASF	

<sup>21</sup> Article D. 312-158, CASF : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : (...) 3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an. »

<sup>22</sup> Article D. 312-204, CASF : « Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L. 312-8 sont mentionnés dans le rapport annuel d'activité des établissements et services concernés. »

Article D. 312-204, CASF : « En application du premier alinéa de l'article L. 312-8, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 transmettent tous les cinq ans les résultats des évaluations de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...) ».



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives	O/C			Il existe un protocole de signalement d'un événement indésirable grave actualisé au 01/11/2020.	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28/12/2016 <sup>23</sup> Articles R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ?  Récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?  <i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS, la date, les motifs, l'analyse et les actions réalisées à la suite des EI sont-ils tracés ? Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?</i>	O/C			Les derniers EIG/ réclamations recensés par l'ARS sont au nombre de 2 sur l'année 2021. Il est à noter qu'il n'y en a pas eu en 2022.  Le risque suicidaire est inscrit au plan de formation de l'établissement et la psychologue de l'établissement accompagne les équipes dans la prévention et la gestion de situations.	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28/12/2016 <sup>24</sup> Articles R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : -nombre de vaccins achetés/dispensés, -nombre de personnels vaccinés, -nombre de résidents vaccinés	O/C			En 2021,  vaccins ont été achetés. Ont été vaccinés contre la grippe en 2021 : -  résidents ; -  salariés.	INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGOS/DGCS /2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière
Vaccination anti-Covid réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : -nombre de vaccins achetés/dispensés, -nombre de personnels vaccinés, -nombre de résidents vaccinés	O/C			En 2021  vaccins ont été dispensés. Ont été vaccinés : -  résidents ; -  personnels.	

<sup>23</sup> Arrêté du 28/12/2016<sup>23</sup> relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

<sup>24</sup> Arrêté du 28/12/2016<sup>24</sup> relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

## CONCLUSION


L'inspection de l'EHPAD « CHATEAU NODET » 3-5 Rue du Maréchal Juin 77130 Montereau-Fault-Yonne, géré par le groupe ORPEA a été réalisée par un contrôle sur pièces le 07/03/2022.

La mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements en matière :

- De gestion des ressources humaines :
  - o Absence du diplôme du médecin, seule une attestation de réussite au diplôme a été fournie.
  - o Le registre des délégués du personnel n'est pas renseigné depuis 2015
- De communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :
  - o Absence de projet d'établissement valide
- D'organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante :
  - o Absence d'une évaluation externe en cours de validité

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction/ d'amélioration.

Fait à Lieusaint, le 07/03/2022

L'inspectrice désignée par la DG ARS


## **GLOSSAIRE**

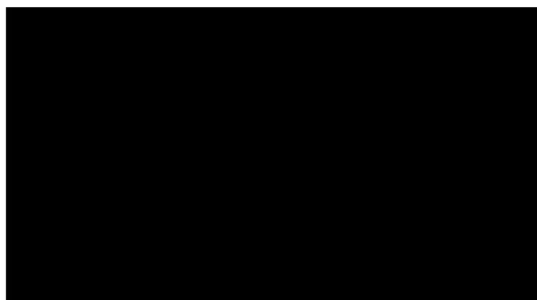
**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AS** : Aide-soignant  
**C** : conforme  
**CASF** : Code de l'action sociale et des familles  
**CCG** : Commission de coordination gériatrique  
**CDD** : Contrat à durée déterminée  
**CDI** : Contrat à durée indéterminée  
**CDS** : Contrat de séjour  
**CNIL** : Commission nationale Informatique et Libertés  
**CNR** : Crédits non reconductibles  
**Covid** : Corona Virus disease  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CT** : Convention tripartite pluriannuelle  
**CVS** : Conseil de la vie sociale  
**DADS** : Déclaration annuelle des données sociales  
**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux  
**DLU** : dossier de liaison d'urgence  
**DUD** : Document unique de délégation  
**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels  
**E** : Ecart  
**EHPA** : Etablissement hébergeant des personnes âgées  
**EHPAD** : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes  
**EI/EIGG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave  
**ETP** : Equivalent temps plein  
**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**GMP** : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré  
**HACCP**: « *Hazard Analysis Critical Control Point* »  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)  
**HCSP** : Haut-comité de santé publique  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur  
**MEDEC** : Médecin coordonnateur  
**NC** : Non conforme  
**PVP** : Projet de vie personnalisé  
**PAQ** : Plan d'amélioration de la qualité  
**PASA** :  
**PECM** : Prise en charge médicamenteuse  
**PMR** : Personnes à mobilité réduite  
**PMP** : PATHOS moyen pondéré  
**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle  
**R** : Remarque  
**RDF** : Règlement de fonctionnement  
**UHR** :  
**UVP** : Unité de vie protégée

# ANNEXES

## Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé  
Délégation Départementale 77



Affaire suivie par : [redacted]  
Courriel : [redacted] & [ars-ur-inspection-ehpad@ars.sante.fr](mailto:ars-ur-inspection-ehpad@ars.sante.fr)  
Téléphone : 01 78 48 23 54

Lieusaint, le 15 FEV. 2022

Mesdames, Messieurs,

La parution du livre « *Les Fossoyeurs - Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Ce programme a pour objectif de faire sur place ou sur pièces, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Il prend en compte les axes suivants :

1. La gestion des ressources humaines
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

L'établissement EHPAD « Château Nodet », N°FINESS 770001311, géré par le Groupe ORPEA a été inscrit dans le cadre de ce programme au titre d'un contrôle sur pièces, qui débutera à compter du 15 février 2022.

Le contrôle portera prioritairement sur les thématiques suivantes :

- Gestion des ressources humaines
- Communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ainsi que L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique,

- sera réalisée par :
  - o [redacted] désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique
- qui sera accompagnée par :
  - o [redacted] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis  
Tél : 01 44 02 00 00  
[iledefrance.ars.sante.fr](mailto:iledefrance.ars.sante.fr)



- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Toutefois, si les constats qui seront faits sont susceptibles de conduire à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

Les décisions définitives seront adressées à l'inspecté après la clôture de la procédure contradictoire.

## Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

### LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES

#### *Inspection<sup>1</sup> de l'EHPAD Château Nodet (77)*

- Liste nominative des résidents par chambre présents sur une journée « flash » soit le jeudi 17 février 2022 ;
- Liste des salariés présents ce même jour le jeudi 17 février 2022 ;
- Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) jeudi 17 février 2022, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires ;
- Plan des locaux.

Document à transmettre pour le 18/02/2022

N°	Document	A transmettre
1	Organigramme détaillé de l'établissement	X
2	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	X
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	X
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	X
5	Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022	X
6	Liste non nominative des patients actuellement pris en charge, avec : date de naissance, sexe, provenance (domicile, autres établissements), codes postaux du domicile d'origine et n° chambre/unité/étage	X
7	Procédure de pré-admission et d'admission des résidents	X
8	Contrat de séjour type	X
9	Livret d'accueil	X
10	Projet d'établissement	X
11	Règlement de fonctionnement	X
12	Taux d'occupation par étage et/ou unité, et global (évolution mensuelle 2021 et point à date)	X
13	Actualisation des données GIR en 2021 (par étage et/ou unité)	X
14	Registre non nominatif/anonymisé des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	X

<sup>1</sup> Conformément aux articles L133-2 et L313-13 à 20 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les agents du département sont habilités à réaliser un contrôle

15	Nombre et mode de sortie des patients en 2021	X
16	Vaccination anti-grippale et anti-Covid réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés/dispensés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	X
17	Ratios d'encadrement <sup>2</sup> : nombre d'AS présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 / nombre de résidents présents ; nb d'IDE présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 /nb de résident présents ; nb d'ASH présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 / nb de résidents présents.	X
18	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	X
19	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	X
20	Liste d'émargement des formations 2019 et 2021	X
21	Les fiches de tâches horaires des ASH	X
22	Les conventions de stage des élèves et stagiaires actuellement présents le 17 février	X
23	Tableau récapitulatif et nominatif des personnels avec : dates des recrutements, nature des contrats de travail (CDI, CDD et intérim), fonctions exercées, IEP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (format excel non pdf) (mois de janvier et février 2022)	X
24	Procédure d'accueil des nouveaux professionnels	X
25	Les fiches de tâches horaires des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	X
26	Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission): de janvier 2022	X
27	Copie des registres des délégués du personnel	X
28	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	X
29	Liste nominative des médecins traitants des résidents	X
30	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et dernier rapport de la commission gériatrique annuelle	X
31	Liste des investissements/petits matériels acquis en 2020 et 2021 en lien avec la prise en charge de la dépendance	X
32	Inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisables (extracteurs d'O2, bouteilles O2, VNI, nébulisateurs, pompes de nutrition, seringues électriques, aspirateurs, VAC ( ? ), bladder scan, lits fluidisés (locations en cours), dispositifs de levage	X
33	Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021	X
34	Le récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées a au décours	X
35	Registre de sécurité	X
36	Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2018-1606 du 27/11/2018)	X

<sup>2</sup> Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021



37	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles 2020 à aujourd'hui	X
38	Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles	X
39	Composition de la CVS, Commission de la vie sociale	X
40	Compte-rendu des 2 derniers CVS et dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019).	X
41	Les résultats de la dernière évaluation externe de l'EHPAD	X



### **Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection**

( par RDV téléphonique)

- La directrice de l'EHPAD