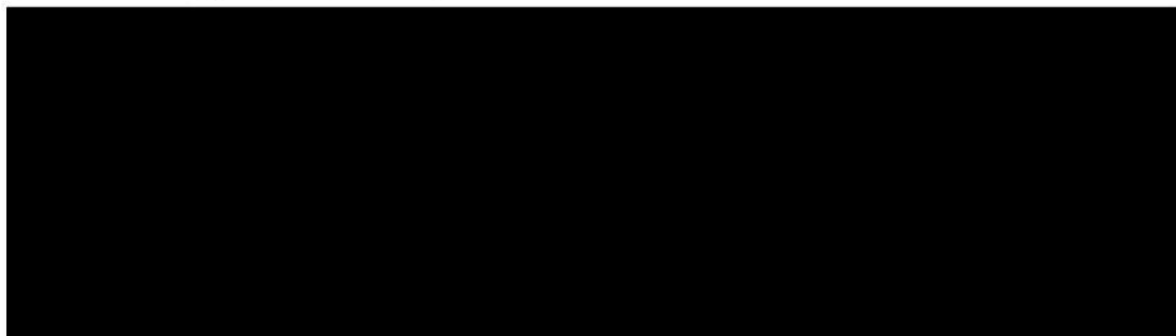


**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Résidence MALKA » 11 rue Pasteur,
77350 Boissise la Bertrand N° FINESS 770802668**

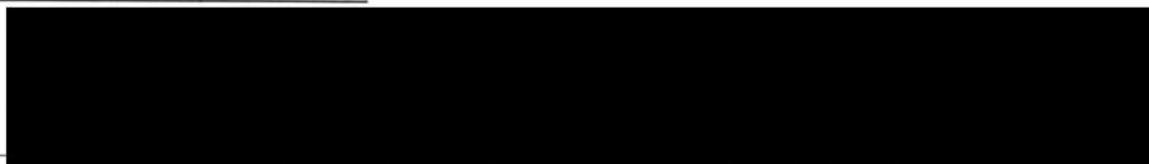
RAPPORT D'INSPECTION CONTROLE
N° 2022_
Déplacement sur site le 15/02/2022

Mission conduite par

Pour l'agence régionale de santé :



Pour le conseil départemental :



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 disjointer, 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

SYNTHESE	4
INTRODUCTION	7
A) Contexte de la mission d'inspection.....	7
B) Modalités de mise en œuvre	7
C) Présentation de l'établissement.....	8
CONSTATS.....	9
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	10
A) L'encadrement des équipes	10
B) La situation des effectifs.....	11
C) L'organisation du travail.....	13
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	20
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	20
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	20
C) La communication avec les familles et le CVS	21
D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	21
III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE	27
A) Les prestations hôtelières.....	27
CONCLUSION	31
GLOSSAIRE	34
ANNEXES	35
Annexe 1 : Lettre de mission.....	35
Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection	37
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	40

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 contrôle s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par le Président du Conseil départemental de Seine et Marne au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

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 a débuté le 9 février 2022 et prend 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 ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

Le programme du contrôle diligenté par le Président du Conseil Départemental de Seine-et-Marne est de s'assurer que l'EHPAD Résidence Malka dispose des autorisations prévues à cet effet pour mener ses activités, ne présente aucune infraction aux lois et règlements, ni aucun dysfonctionnement dans sa gestion et son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, et qu'il présente les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L312-1.

Ce contrôle du CD77 porte son investigation sur les thématiques suivantes:

- L'organisation des ressources humaines,
- Le respect des droits des résidents,
- La prise en charge hôtelière et de la dépendance,
- La démarche qualité et l'accompagnement des résidents.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection-contrôle s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux.

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, et des professionnels de l'établissement.

Les membres de la mission ont rencontré des difficultés particulières au cours de la visite d'inspection, notamment :

- l'impossibilité de fournir à la mission le jour de l'inspection l'intégralité des documents en version dématérialisée, et en papier notamment les documents nécessaires à la visite comme la liste des salariés présents et absents le jour de la visite.
- l'impossibilité pour l'établissement de fournir à la mission dans les 48h, l'intégralité des documents demandés ;

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Le contrôle a identifié quelques écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles et fait plusieurs remarques :

Ecart n°1 : En faisant occuper un poste d'aide-soignant par un professionnel sans qualification adéquate, l'établissement ne répond pas aux obligations réglementaires encadrant la profession, conformément à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Ecart n°2 : L'absence de registre des décès côté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.

Ecart n°3 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart N°4 : 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°5 : L'établissement ne trace pas le suivi des appels malades et des temps de décroché, ne permettant pas de garantir de façon suffisante la qualité de prise en charge et la sécurité des résidents accueillis, notamment la nuit.

Remarque n°1 : Les échanges mensuels entre la direction régionale et l'établissement ne sont pas tracés, ne permettant pas de garantir la connaissance par l'organisme gestionnaire des difficultés éventuelles de l'EHPAD et des dispositions prises le cas échéant par la direction régionale d'ORPEA pour les résoudre.

Remarque n°2 : La gestion des éventuels manquements professionnels ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée de nature à garantir de façon suffisante la sécurité des résidents et la qualité des prises en charge.

Remarque n°3 : Le nombre d'ETP occupant une fonction d'IDE est insuffisant au regard de la charge en soins (PMP de l'établissement).

Remarque n°4 : L'établissement n'a pas mis en place de méthode de pointage ou de contrôle formalisé des présences et absences journalières des professionnels (notamment

par le biais de feuilles heurées nominatives signées), ne permettant pas de sécuriser la continuité des prises en charge, notamment en cas d'absence des personnels d'encadrement.

Remarque n°5 : En ne mettant pas en place un roulement des temps de pause des personnels de nursing, l'établissement ne permet pas de sécuriser la continuité et qualité des prises en charge.

Remarque n°6 : Le suivi des absences temporaires des résidents ne fait pas l'objet d'une procédure spécifique, ne permettant pas de garantir de façon suffisante la qualité et continuité des prises en charge des résidents notamment en cas d'absence imprévue des personnes encadrants.

Remarque n° 7 : Les informations relatives à la désignation des personnes de confiance et aux directives anticipées sont absentes de certains dossiers de résidents et non accessibles aux professionnels chargés de les mettre en œuvre.

Remarque n°8 : La liste des personnes qualifiées ainsi que les modalités pratiques de leur saisine ne sont pas intégrées au livret d'accueil tel que préconisé par la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, ne permettant ainsi pas aux usagers d'accéder aux recours à leur disposition pour faire valoir leurs droits.

Remarque n°9 : L'information sur le numéro 3977 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est absente au sein de l'EHPAD.

Remarque n°10 : Le recueil des réclamations ne fait pas l'objet d'une procédure spécifique, ne permettant pas de garantir de façon suffisante la sécurité et qualité des prises en charge des résidents.

Remarque n°11 : La procédure de déclaration des événements indésirables n'est pas communiquée aux professionnels, ne permettant ainsi pas de soutenir une réflexion continue au sein de l'établissement sur la qualité des prises en charge.

Remarque n°12 : L'aide à la prise de repas est réalisée debout, et non face au résident et assis sur un tabouret, méconnaissant les recommandations de bonnes pratiques (oct. 2007) permettant d'éviter les fausses routes.

INTRODUCTION

A) Contexte de la mission d'inspection

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.

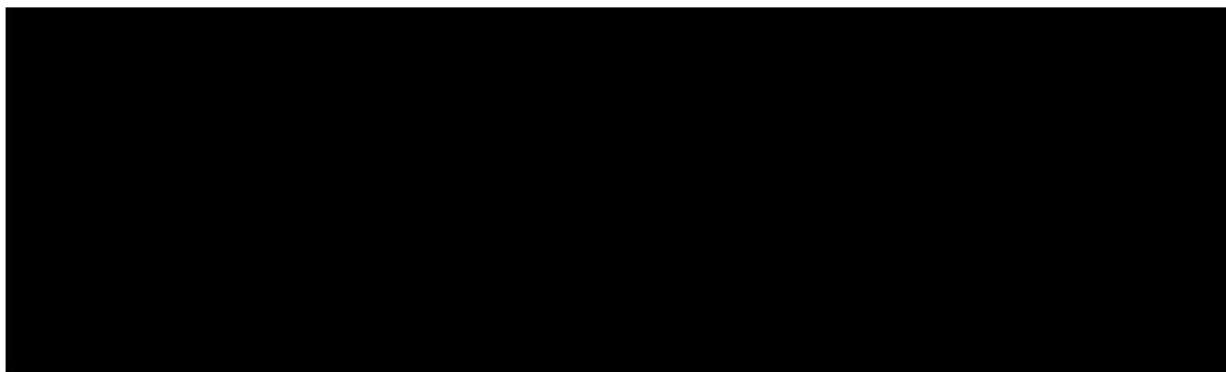
Aussi, la DG ARS et le PCD 77 ont-ils diligenté une inspection conjointe dans l'EHPAD Résidence Malka situé au 11 rue Pasteur à Boissise-la-Bertrand, appartenant au groupe ORPEA. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), porte prioritairement sur les axes suivants :

- 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 ;
- 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 ;

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 pour l'agence régionale de santé, des personnes suivantes :



Pour le conseil départemental de Seine et Marne :



L'inspection contrôle a été effectuée, sur place et de manière inopinée, le 15 février 2022 de 09 h15 à 19 h 00.

L'équipe chargée de l'inspection et du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD Résidence Malka le 15/02/2022. Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection contrôle a rencontré la

¹ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

directrice de l'EHPAD, et mené des entretiens individuels et des échanges spontanés avec différents membres du personnel de l'établissement. A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse s'est déroulée avec la direction².

C) Présentation de l'établissement

Situé au 11 rue Pasteur, 77350 Boissise-la-Bertrand, l'EHPAD Résidence MALKA est géré par la SARL Résidence Malka, Filiale ORPEA, située au 12 rue Jean Jaurès CS 10032, 92 813 Puteaux Cedex.

Ouvert en 1952, l'EHPAD Résidence Malka dispose de 90 places en hébergement permanent et 2 places en hébergement temporaire. Il est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer, avec 13 places en unité de vie protégée. L'EHPAD était auparavant géré par la Fédération des sociétés juives de France et a été repris par le groupe ORPEA en 2019.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 27 places.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 88 résidents selon la liste transmise par la direction. Soit un taux de d'occupation de 96%.

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 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Le forfait global dépendance 2021 est fixé à [REDACTED] TTC.

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous pour le GMP et au-dessus pour le PMP, des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les résidents accueillis en 2020 étaient répartis plus précisément comme suit :

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

Le CPOM est en cours d'élaboration.

² Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

³ Source : Indicateurs ANAP pour 2020

⁴ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, et selon les déclarations des personnes rencontrées.

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

A) L'encadrement des équipes

Suivant l'organigramme de l'établissement, la direction de l'établissement nommée directeur d'exploitation est placée sous l'autorité d'une direction régionale elle-même située sous la direction des opérations médico-sociales.

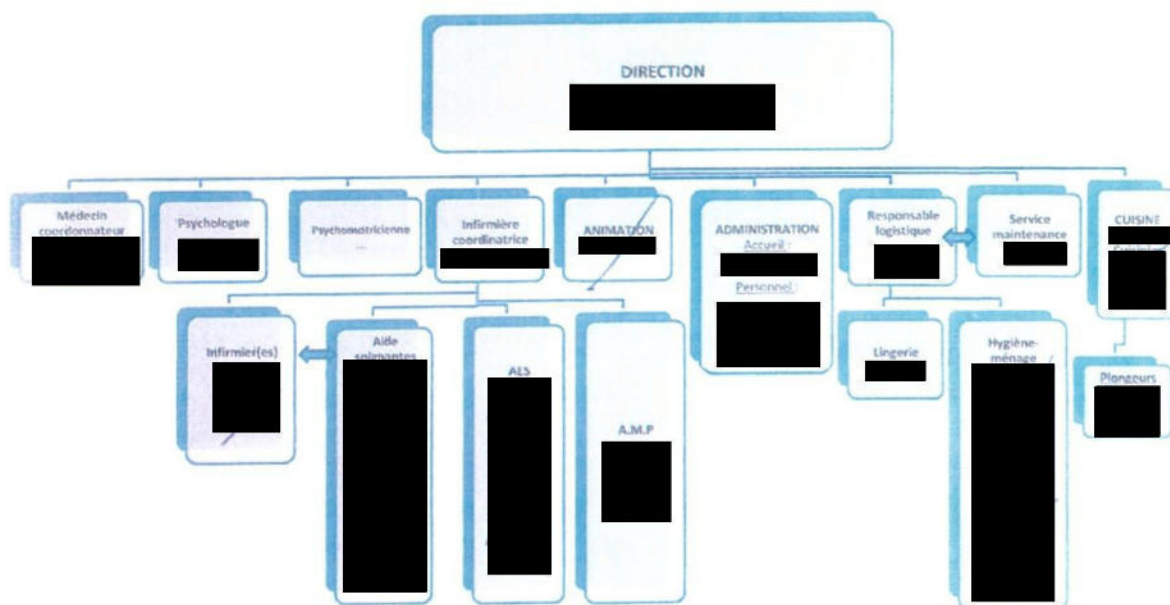
Sous l'autorité du directeur d'exploitation se trouvent l'adjointe de direction, le personnel technique (dont le personnel de cuisine) et administratifs, les personnels en charge des services de soins dont le MEDEC, l'IDEC en charge des infirmières et des AS/AMP/AES, les services hôteliers dont la responsable hôtelière en charge des auxiliaires de vie, la psychologue.

Le fonctionnement de l'EHPAD est organisé autour d'un staff de direction réunissant la directrice, l'adjointe de direction, le MEDEC, l'IDEC, la psychologue, la responsable logistique-hébergement (nouvelle adjointe de direction), responsable maintenance et le chef de cuisine. L'équipe d'encadrement est stable et en poste depuis plusieurs années permettant la bonne gestion de l'établissement.

Organigramme :

Celui-ci n'est pas actualisé n'intégrant pas l'adjointe de direction.

07/02/2022



L'équipe d'inspection-contrôle à son arrivée à 9h15, a été reçue par la directrice d'exploitation, [REDACTED] en fonction depuis [REDACTED]. Titulaire d'un [REDACTED], la directrice a les qualifications réglementaires requises pour ce poste à l'article D. 312-176-6 du CASF. Elle dispose d'une fiche métier intitulée « directeur(trice) exploitation » signée et qui décrit les activités principales du poste et d'une délégation de pouvoirs, conformément à l'article D. 312-176-5 CASF, co-signé de l'intéressé et du directeur général du groupe gestionnaire.

Auparavant géré par la Fédération des sociétés juives de France, l'EHPAD a été racheté par ORPEA en 2019.

Il existe depuis le rachat, des réunions mensuelles entre la direction de l'établissement et la direction régionale d'ORPEA. Cependant, ces réunions ne sont pas tracées (absence de compte rendus)

Remarque n°1 : L'absence de traçabilité des échanges entre la direction régionale et l'établissement ne permet pas de garantir la connaissance par l'organisme gestionnaire des difficultés éventuelles de l'EHPAD et des dispositions prises le cas échéant par la direction régionale d'ORPEA pour les résoudre.

La gestion des manquements professionnels :

Lors de l'entretien entre la mission et la direction, la gestion des manquements professionnels a été abordée. Si les mesures évoquées (convocation, avertissement, mise à pieds) semblent maîtrisées par la directrice et qu'un seul manquement est relevé et a été traité depuis 2014, la gestion de ceux-ci le cas échéant n'est pas formalisée dans un document spécifique.

Remarque n°2 : L'absence de procédure formalisée de gestion des éventuels manquements professionnels n'est pas de nature à garantir de façon suffisante la sécurité des résidents et la qualité des prises en charge.

B) La situation des effectifs

Le médecin coordonnateur est recruté à [REDACTED] ETP, respectant les seuils réglementaires de l'article D. 312-156 du CASF. Il dispose de la capacité en gériatrie.⁵

L'IDEC dispose quant à elle d'une « fiche métier » détaillant ses activités principales :

- La coordination et l'organisation des activités et des soins,
- Le contrôle de la gestion des matériels et des produits,
- Le management de l'équipe de soins,
- Le développement des compétences et la démarche qualité.

Les effectifs déclarés le jour de l'inspection sont de [REDACTED] CDI et [REDACTED] CDD longs pour [REDACTED] ETP sans mentionner le nombre de vacataires.

L'absentéisme en 2020 est de [REDACTED] journées d'arrêt maladie, [REDACTED] journées d'arrêt de travail et de maladie professionnelle, [REDACTED] journées de congés exceptionnels, [REDACTED] journées de congés maternité et congés parentaux et [REDACTED] journées autres.

⁵ Source : Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) 2020

	Budget 2022 (hors CP)	Réel projeté 2022 (hors CP)	ERRD 2020*
Direction, administration			
Services généraux			
Animation			
ASH			
AS – AMP – AES			
Psychologue			
Infirmière			
Autres aux. Médicaux			
Pharmacien, préparateur			
Médecins			

RESIDENCE WILKA - Tableau des ETP			
	Heures	ETP	15/01/2022
EQUIPE A	1215.36	8.00	
CUISINE	758.35	5.00	
SERVICE ENTRETIEN CHAMBRES EQUIPE A	910.00	6.00	
SERVICE ENTRETIEN CHAMBRES EQUIPE B	1061.67	7.00	
LAVOIRIE	151.67	1.00	
ENTRETIEN BATIMENT	151.67	1.00	
ANIMATION	151.67	1.00	
MEDecin	257.63	1.70	
	806.68	4.00	
INFIRMIERES - JOUR	758.35	5.00	
Capacité autorisée			
Capacité budgétée			
Nb d'ETP			
Nbre de salariés			
Ratio soignants / résidents			
Ratio salariés / résidents			
BUDGET 2022 Items CP			
ASH			
IDe			

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n°2022-

L'établissement emploie actuellement ■■■ DE dont l'IDEC pour 92 places autorisées dont 13 places en unité protégée. ■■■ ETP d'IDE représentent une charge en soins ((nombre de place d'HP*PMP/ETP IDE) de ■■■ pour une cible régionale qui sera fixée dans le CPOM de ■■■

Remarque n°3: Le nombre d'ETP occupant une fonction d'IDE (3) est très insuffisant au regard de la charge en soins.

L'équipe pluridisciplinaire respecte les obligations mentionnées à l'article D. 312-155-0 II11 du CASF. Un sentiment d'appartenance est remarqué par la mission.

Après vérification des dossiers, les professionnels disposent des diplômes requis pour exercer leurs fonctions.

Une professionnelle cependant indiquée comme aide-soignante dans les plannings et l'organigramme ne dispose pas du diplôme requis mais d'un diplôme d'AMP.

Ecart n°1 : En faisant occuper un poste d'aide-soignante à un professionnel sans qualification adéquate, l'établissement ne répond pas aux obligations réglementaires encadrant la profession, conformément à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Le contrôle des effectifs présents et absents :

Lors des échanges avec la directrice et l'IDEC, il apparaît qu'aucune procédure ne permet d'assurer un contrôle fiable des effectifs présents chaque jour. Chaque responsable (directrice pour le personnel administratif, IDEC pour le personnel soignant, et responsable hébergement pour les ASH) contrôle chaque jour les absences à leur arrivée.

Lors de l'inspection, la mission n'a en outre pas pu obtenir dans la journée, la liste des professionnels présents et absents du jour. Celle-ci a été transmise par e-mail le surlendemain.

Remarque n°4 : En ne mettant pas en place une méthode de pointage ou de contrôle formalisé des présences et absences journalières des professionnels formalisée (notamment par le biais de feuilles heurées nominatives signées), l'établissement ne permet pas de sécuriser la continuité des prises en charge, notamment en cas d'absence des personnels d'encadrement.

C) L'organisation du travail

Au regard des documents transmis, il apparaît que l'ensemble des plages horaires est couvert par une présence du personnel. Néanmoins, il est constaté au regard des plannings que le personnel de nursing est en pause le matin et l'après-midi en même temps, laissant le personnel hôtelier seul dans les secteurs.

Remarque n°5 : En ne mettant pas en place un roulement des temps de pause des personnels de nursing, l'établissement ne permet pas de sécuriser la continuité et qualité des prises en charge.

Le jour de la visite, il y avait ■■■ AS/AMP/AES et ■■■ IDE soignant pour ■■■ résidents pour une capacité totale de 92 places.

En ce qui concerne la connaissance des tâches à effectuer, le personnel hôtelier et le personnel de nursing ont ces éléments précisés sur des fiches heurées par type de poste et de secteur à disposition dans leurs classeurs se trouvant dans la salle de soin.

La procédure d'embauche d'un nouveau salarié et de son intégration est formalisée (procédure administrative, entretien, remise de tenue). Il existe un livret d'accueil du salarié, celui-ci prévoit l'accompagnement à la prise de poste en doublon.

Grille de contrôle/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.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES					
<p>-Le jour J⁶, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ?</p> <p>-Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?</p> <p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ?</p> <p>-Subdélégations(documentées) de signature ?</p> <p>-Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?</p> <p>Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i></p>	OC			<p>La direction était présente le jour de l'inspection et a accueilli la mission. En cas d'absence, son remplacement par l'assistante de direction est connu des équipes mais non formalisé par une procédure interne. En revanche, il existe une fiche « conduite à tenir » (réf PRTQUAL001). Il est à noter que le document remis n'est pas visé au niveau de la vérification et de l'approbation.</p> <p>La directrice exerce à temps plein. Celle-ci a été recrutée en [REDACTED] par l'ancien organisme gestionnaire. Elle dispose d'un diplôme d [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] réglementaires. Une délégation de pouvoir en date du [REDACTED] signée entre Orpéa et la directrice existe et a été consultée par la mission.</p> <p>Il a été transmis une fiche métier « directeur d'exploitation » reprenant les missions, signée le [REDACTED]. La directrice ne subdélègue pas.</p> <p>L'astreinte de direction sur les nuits et weekends est organisée en interne entre la directrice, l'adjointe de direction/responsable hébergement, l'assistante de direction, l'agent de maintenance. Un planning a été consulté par la mission.</p> <p>Orpéa organise par ailleurs l'astreinte de direction au niveau territorial entre les directeurs des structures Orpéa. Un planning prévisionnel des mois de février et mars a été consulté par la mission.</p>	<p>D. 312-176-5 CASF</p> <p>L315-17 CASF</p> <p>D315-67 à 71 CASF</p> <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007</p>
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?	OC			L'équipe pluridisciplinaire est conforme aux articles D. 312-155-0 II11 du CASF	D. 312-155-0 II11 du CASF
<p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?</p> <p>-Permanence/astreinte médicale formalisée ?</p>	OC			<p>Le MEDEC, a [REDACTED] ETP, a été recruté de nouveau en 2019 après son départ en retraite. Il est titulaire d'un diplôme de médecine et d'une capacité en gériatrie depuis 1991. La mission a consulté son contrat de travail et sa fiche métier MEDEC signée.</p> <p>L'établissement n'a pas d'astreinte médicale formalisée.</p>	<p>D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF</p>
<p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?</p> <p>-Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?</p>	0			<p>L'IDEC est à 1 ETP, et a été recrutée en 2014, Elle dispose d'un diplôme d'état IDE depuis [REDACTED]. La mission a consulté son contrat de travail et sa fiche métier IDEC signée.</p> <p>L'IDEC ne participe pas aux astreintes.</p>	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ?		N	R1	Des réunions mensuelles sont rapportées à la mission entre la direction régionale d'ORPEA et la direction de l'EHPAD. Il n'existe cependant pas de comptes rendus	

⁶ Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
-Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?				<p>permettant à la mission de se prononcer sur la connaissance par l'OG de problèmes ou difficultés de l'EHPAD.</p> <p>Des réunions régulières (hebdomadaires ou bi mensuelles) : staff direction, IDEC/soignants et Responsable hôtelières/AV et AES sont organisées par l'établissement. Le planning 2021 nous a été présenté et pour 2022 le staff est programmé [REDACTED]. La direction n'organise pas d'AG annuelle ou de réunions programmées avec l'ensemble des équipes. Un CR de réunion d'équipe du mois de mai 2021 a été fourni à la mission.</p>	
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ⁷ et dossier RH type, remise de documents : RF...	0			<p>La procédure d'embauche d'un nouveau salarié et de son intégration est formalisée (procédure administrative, entretien, remise de tenue). Il existe un livret d'accueil du salarié, celui-ci prévoit l'accompagnement à la prise de poste en doublon.</p> <p>La mission n'a pas connaissance de procédure formalisée de prise de poste, hors livret d'accueil.</p>	
-Formations prévues/réalisées dont : <ul style="list-style-type: none"> - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. <i>Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>	0			<p>Le plan de formation 2021 comprend des formations prévention de la maltraitance, AFGSU niveau 2, HACCP, circuit du médicament, prise en charge de la douleur. La psychologue est référente bientraitance de l'établissement.</p> <p>Le plan de formation prévisionnel 2022 comprend des formations HACCP, bientraitance, pratiques professionnels, gestes 1^{er} secours, circuit du médicament, prise en charge de la douleur, prévention du risque suicidaire, troubles du comportement, goûts et saveurs des plats, présentation d'assiette, essentiels de la pâtisserie, PRAPS.</p> <p>Les attestations de formation consultées dans les dossiers salariés issus d'un échantillonnage sont antérieures à 2020.</p>	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?		N	R2	Absence de procédure.	
Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste des IDE ?		N	R3	[REDACTED] IDE et [REDACTED] IDEC en CDI disposent des diplômes et contrats de travail. L'établissement emploie [REDACTED] DE dont [REDACTED] DEC pour 92 places autorisées.	
Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'animateur ?	0			<p>L'animatrice est à [REDACTED] ETP recruté en [REDACTED]. Elle est actuellement en arrêt.</p> <p>Elle dispose d'un diplôme [REDACTED]</p>	

⁷ Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du psychologue ?	0			La psychologue a intégré l'établissement en [REDACTED]. Elle intervient sur [REDACTED] journées par semaine. [REDACTED] ETP. Elle est diplômée d'un [REDACTED]	
QVT : - locaux dédiés aux salariés, - dialogue social, - prévention des risques professionnels (TMS, ...)	0 0			Une réunion du Comité Sociale et Economique est en place. Deux comptes rendus le 5 février 2021 et 23 juin 2020 ont été transmis à la mission.	

2. LA SITUATION DES EFFECTIFS					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	0			Extraction du registre du personnel CDD transmis ; La mission a consulté sur place l'ancien registre papier. Un planning réel du mois de février et un planning prévisionnel de mars ont été transmis à la mission, ainsi que la liste des salariés présents dans l'établissement.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?	0			Absence de procédure formalisée. Le suivi est réalisé par la direction (directrice et assistante de direction) et chaque responsable encadrant (IDEC pour les soignants, responsable hébergement pour ASH) Aucun élément consulté par la mission ne permet d'apprécier les modalités de contrôle des présences.	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).	0			D'après les indicateurs ANAP, le taux de personnel occupant une fonction de management est de [REDACTED]	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? <i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>	0			Le jour de la visite une vacataire excédentaire à l'unité protégée est relevé par la mission.	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?		N	R4	En cas d'absences le jour J, à son arrivée l'IDEC ou la responsable hôtelière répartissent le travail entre les différents salariés. La structure dispose d'un pool de vacataires réguliers. Il n'existe pas de procédure écrite pour organiser les remplacements et l'organisation du travail.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	0			Lors de la visite [REDACTED] CDI et [REDACTED] CDD longs. Le tableau des salariés transmis à la mission ne mentionne que les professionnels en poste en CDD long et CDI sans mentionner le recours aux vacataires.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?	0			Aucun glissement de tâches n'a pu être observé par la mission le jour de l'inspection lors de la visite.	L.311-3 et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa, CASF et HAS ⁸
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heureées pour les personnels de jour ? de nuit ?	0C			Il existe des fiches métiers signées dans les dossiers des personnels consultés par la mission. Des fiches de tâches heureées existent pour le personnel de nuit et de jour en fonction des secteurs pour les AS et auxiliaires de vie. La mission n'a pu consulter de fiches de tâches heureées pour les IDE et l'animateur.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? <i>Entretiens avec le directeur/le DRH</i>		NC	E1	Oui dans les dossiers de l'échantillonnage consultés sur place (Medec, IDE, AS). La mission a consulté les diplômes des salariés [REDACTED] dans les plannings et la liste des personnels dispose d'un diplôme d'AMP.	

⁸ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL					
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 ?	0			Chaque secteur a une équipe et une contre équipe. Le secteur est changé chaque année. Il n'existe pas de roulement entre l'unité protégée et les autres secteurs.	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?	0			Chaque responsable a la gestion des absences de son service : l'IDEC pour les plannings des soignants, l'adjoite pour l'hôtellerie, le chef de cuisine pour la cuisine et la directrice pour le personnel administratif.	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	0			Les personnels réalisent des amplitudes horaires ou ne permettant pas de temps de chevauchement. Seul les IDE ont un temps de chevauchement avec l'équipe de nuit : IDE commençant à et une IDE finissant à (horaires non constatés sur le planning : absence de légende pour code horaire) les chevauchements permettent d'effectuer des transmissions.	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?	0			L'IDE assure le pilotage des transmissions, il n'existe pas de procédure dédiée. Les transmissions sont tracées dans Netsoins. En ce qui concerne l'équipe hôtelière, il existe des cahiers de liaison.	
Couverture du personnel sur 1 journée : nombre d'ETP présents le matin, l'après-midi, le soir et la nuit (en semaine et le week-end) ?		N	R5	L'amplitude horaire est majoritairement de de coupure minutes le matin et l'après-midi, et pour les AVS et les AS. Il apparait que les temps de pause matin et après-midi sont les mêmes pour tous les salariés de chaque catégorie, laissant les secteurs sans AS pendant le matin et les après-midi. En ce qui concerne l'amplitude horaire des IDE, elle est de La coupure est de Il apparait deux autres codes horaires sur le planning Ceux-ci ne sont pas inscrits dans la légende horaire. Le personnel de nuit a une amplitude horaire de Les temps de pause ou de coupure sont répartis afin d'avoir toujours personnes dans les secteurs. Le personnel présent: -le week end -la nuit -en semaine: adm /entretien /lingère/IDEC Dépendance Médecin psychologue (les interviennent par semaine) -en cuisine personnels de cuisine	

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

Lors de la visite d'inspection, la direction mentionne la présence de ■■■ résidents sur les ■■■ places autorisées. La liste des résidents présents du ■■■ février ensuite transmise à la mission ne mentionne cependant que ■■■ résidents, soit un taux d'occupation de ■■■

Il est à noter que le cahier de recensement des décès n'est pas signé depuis le 18/02/2018. En ce qui concerne le cahier des entrées et des sorties, il apparaît un oubli d'inscription d'un résident. Celui-ci est reporté en bas de page au crayon à papier. Il n'est ni côté, ni paraphé

Ecart n°2 : L'absence de registre des décès côté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.

Le suivi des absences temporaires des résidents :

L'IDEC et la directrice sont identifiées en charge du suivi des résidents. Il apparaît lors de la visite que le suivi des absences temporaires des résidents n'est pas protocolisé. La déclaration de sortie s'effectue uniquement sur un registre des visiteurs après information de la direction.

Remarque n°6 : L'absence de procédure de suivi des absences temporaires des résidents ne permet pas de garantir de façon suffisante la qualité et continuité des prises en charge des résidents notamment en cas d'absence imprévue des personnes encadrants.

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

Projet d'établissement :

Le dernier projet d'établissement porte sur 2015-2020. La réécriture du projet d'établissement est en cours. Cette information a notamment été communiquée lors du dernier CVS. La réécriture devait reprendre en septembre 2021 sans que la mission puisse apprécier l'état d'avancement des travaux.

Ecart N°3 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.

Pour l'admission de nouveaux résidents, une visite est organisée par la directrice. Un avis médical est rendu par le médecin coordonnateur. Un contrat de séjour est établi et présenté au résident et/ou la famille, puis signé si accord.

La mission a procédé à la vérification de 10 dossiers administratifs individuels de résidents

La consultation des dossiers a mis en évidence des non-conformités : Absence d'information sur la liberté d'aller et venir, la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées et les avenants au contrat « projet de vie »

Remarque n° 7 : Les informations relatives à la désignation des personnes de confiance, aux directives anticipées, doivent être accessibles aux professionnels chargés également de les mettre en œuvre.

La mission relève par ailleurs que le livret d'accueil des résidents ne comporte pas la liste des personnes qualifiées et n'indique pas les modalités de leurs saisines.

Remarque n°8 : En n'intégrant pas la liste des personnes qualifiées au livret d'accueil ainsi que les modalités pratiques de leur saisine et les numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique tel que préconisé par la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, l'établissement ne permet pas aux usagers d'accéder aux recours à leur disposition pour faire valoir leurs droits.

Lors des échanges avec la direction, il apparaît que les projets individualisés sont réalisés conformément à la réglementation par la psychologue en lien avec l'IDEC, la directrice, le résident/ son représentant légal/ sa famille. Sauf évolution des besoins des prises en charge liés à l'état de la personne, ils sont actualisés une fois par an respectant les recommandations HAS de décembre 2008 (les attentes de la personne et le projet personnalisé).

Cependant, lors de l'entretien avec la directrice, celle-ci fait part à la mission de la perte de tous les Projets individualisés en janvier 2021 contenus dans le logiciel informatique. Les projets individualisés ont été refait depuis cette date, sur les personnes actuellement accueillies. Ils sont retranscrits dans le logiciel Netsoins et consultables par les équipes.

Ecart n°4 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.

C) La communication avec les familles et le CVS

L'équipe d'inspection a vérifié les dispositions prises en termes d'affichage des informations réglementaires au sein des locaux. La charte des droits et libertés et la liste des personnes qualifiées de la personne accueillie sont disponibles dans le hall d'accueil de l'EHPAD.

Le numéro 3977 ALMA n'est pas affiché.

Remarque n°9 : L'information sur le numéro 3977 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est absente au sein de l'EHPAD.

Le CVS se réunit régulièrement, les comptes rendus ont été transmis. Lors des sollicitations des familles, une réponse est apportée par la direction, soit oralement soit par mail, sans toutefois qu'elles soient tracées et classées dans un dossier.

D) La gestion des réclamations et des événements indésirables

Les réclamations et signalements :

La mission n'a pas pu consulter de procédure formalisée de recueil et traitement des réclamations et signalements. Celles-ci sont traitées au fil de l'eau par la direction et les réponses sont faites oralement ou par mails et tracées dans les dossiers familles.

Remarque n°10: En ne formalisant pas de procédure relative au recueil des réclamations et signalements, l'établissement ne permet pas de garantir de façon suffisante la sécurité et qualité des prises en charge des résidents.

La gestion des évènements indésirables

Une procédure écrite est rédigée par le siège sur le signalement des évènements indésirables graves, qui concerne le personnel de l'établissement et les services supports du siège. Elle indique qu'un pré-signalement doit être fait dans les plus brefs délais aux autorités de tarification (ARS, CD) en concertation avec le siège avant l'envoi de la déclaration de l'évènement indésirable grave, validée également par le siège, dans un délai de 48 heures maximum aux autorités de tarification (ARS, CD). Elle décrit également Le protocole pour le suivi et le traitement des évènements indésirables graves (EIG et EIGS).

Seuls [REDACTED] évènements indésirables graves depuis 2014 ont été remontés aux tutelles (fugue, chute). Des mesures correctives adaptées ont été apportées par la direction suite à ces évènements.

Il apparaît suite à l'entretien avec la direction que la procédure de déclaration des EI n'est pas connue des professionnels de l'établissement hors professionnels encadrants.

Remarque n°11: En ne communiquant pas auprès de tous les professionnels de l'établissement sur la procédure de déclaration des évènements indésirables, l'établissement ne permet pas de soutenir une réflexion continue au sein de l'établissement sur la qualité des prises en charge.

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.
1. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?		NC	E2	Le registre existe et est mis à jour à chaque entrée et sortie notamment décès des résidents. Il est à noter que le cahier de recensement des décès n'est pas signé depuis le [REDACTED]. En ce qui concerne le cahier des entrées et des sorties, il apparaît un oubli d'inscription d'un résident. Celui-ci est reporté en bas de page au crayon à papier. Il n'est ni côté, ni paraphé.	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O			La direction mentionne [REDACTED] résidents accueillis le [REDACTED]. La mission constate sur la liste des résidents présents le jour de l'inspection seulement [REDACTED] résidents. La mission n'a pu consulter de logiciel de recensement/ suivi des résidents présents. Au vu de liste transmise [REDACTED] résidents/ 92 places installées) le taux de présence est de [REDACTED].	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?		N	R6	L'IDEC et la directrice sont identifiées en charge du suivi des résidents. Le suivi des absences temporaires n'est pas protocolisé.	
2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?	O C O C			La procédure écrite d'admission ORPEA existe. L'admission est réalisée après visite préalable du résident ou de sa famille en présence du médecin coordinateur et de l'infirmière coordinatrice. Elle est prononcée par la direction après avis du médecin coordinateur et recueil du consentement de l'usager.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, remise du RF, du LA 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 ? <i>Cf. Dossiers des résidents</i>		NC	E3 R7	Le projet d'établissement 2015-2020 est en cours de renouvellement sans que la mission puisse apprécier l'avancée des travaux. Deux dossiers résidents ont été consultés par l'ARS et 8 par le Conseil Départemental. Pour les dossiers ARS sont relevé comme manquants : Dossier 1 Livret de famille Dossier de demande d'admission Désignation personne de confiance	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 ⁹

⁹ HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Feuille de GIR Directives anticipées Contrat d'obsèques Dossier 2 : Livret de famille Droit à l'image Directives anticipées Contrat d'obsèques</p> <p>En ce qui concerne les dossiers consultés par le Conseil Départemental, il apparaît l'absence des éléments suivants : -information sur la liberté d'aller et venir -la désignation de la personne de confiance -les directives anticipées -l'avenant au contrat « projet de vie »</p> <p>Absence régulière dans les dossiers issus de l'échantillonnage consulté de désignation des personnes de confiance et des directives anticipées.</p> <p>Le livret d'accueil consulté par la mission n'intègre par ailleurs pas la liste des personnes qualifiées et modalités de leurs saisines.</p> <p>L'établissement est sécurisé par un code d'entrée et un code pour sortir. Il n'apparaît dans aucuns des documents transmis aux résidents l'information de ces codes. Il est rappelé que le résident est libre d'aller et venir sur son lieu de vie. En cas de restriction, celle-ci doit être revu dans le cadre son projet de vie : voir recommandation de bonnes pratiques « liberté d'aller et venir »</p>	
<p>Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? <i>Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes alitées de préférence ou déambulantes.</i></p>		NC	E4	<p>Les projets personnalisés de vie sont élaborés après un mois de présence par la psychologue en lien avec l'IDEC et la directrice et le résident / sa famille/ son représentant légal. Sauf évolution des besoins de prise en charge liés à l'état de la personne, ils sont actualisés une fois par an (alerte via le logiciel Netsoin). Un virus informatique a supprimé tous les PPI en 2021. 25 PPI ont été refait depuis janvier 2021 sur 92 places autorisées et sont consultables par les soignants dans Netsoins.</p>	<p>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 2008¹⁰</p>

¹⁰ 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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Il est à noter que le projet de vie est basé sur des éléments transmis par les référents de secteur.	

3. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS

Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>	O C			Il n'existe pas de cahier de doléances. Des réponses téléphoniques ou par mails sont faites aux familles lors de sollicitations par la direction sans possibilité de consultation de ces demandes ou réponses par la mission. Des représentants des familles participent au CVS, les échanges sont tracés dans les CR.	L. 1110-4, CSP
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	O C			3 CVS ont eu lieu en 2021. Les CR ont été transmis. Les points abordés par la direction ont concerné la rénovation des locaux, l'animation proposée au sein de l'établissement, la gestion de l'épidémie de covid, le projet d'établissement et les recrutements réalisés/ à venir. La mission ne s'est pas entretenue avec le président du CVS.	D. 311-4 à 20

4. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIEN-ETRE

L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? 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 ?	0			Evaluation interne transmise à la mission. Celle-ci n'aborde cependant pas spécifiquement le sujet du bien être des résidents et du respect de leurs droits, ni ne contient de plan d'action spécifique portant sur la prévention de la maltraitance. Cette thématique est inscrite au plan de formation 2021 et 2022.	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ¹¹
Affichage liste des PQ, n°tél 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?		N	R8 R9	La liste des personnes qualifiées est affichée dans le hall d'accueil. Le n° tel ALMA n'est pas affiché. Un coffre-fort est disponible dans l'établissement, permettant d'y déposer des effets personnels, biens de valeurs ou liquidités.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?		N	R10	La mission n'a pas consulté de procédures formalisées de recueil et traitement des réclamations et signalements.	
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)	0			Le directeur mentionne réaliser des réponses orales ou écrites aux réclamations. Certains mails ont pu être consultés dans les dossiers patients.	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		N	R11	La procédure groupe de déclaration des EI joint les questionnaires de structures à remonter à leur direction régionale tout événement avant d'en informer les tutelles.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016

¹¹ 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

				Entretien directeur : La procédure de déclaration des EIG n'est pas connue des personnels hors personnels encadrants	
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?	O C			Aucun cas de maltraitance vu, entendu, connu n'a été identifié par la mission.	Article 434-3 du Code Pénal
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?	O			La bientraitance est mentionnée dans le plan de formation 2021 et 2022.	

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

L'établissement est en bon état et bien entretenu. Il respecte les obligations de sécurité (affichage, avis du SDIS en date du 2 décembre 2021) et l'accessibilité PMR.

La restauration :

Les menus de la semaine sont affichés dans le hall d'entrée et lisibles.

Les menus sont validés par le service restauration ORPEA, et faits au trimestre. L'établissement assure une commission menu tous les trois mois.

Le petit déjeuner est servi en chambre entre [REDACTED]. Le déjeuner est servi à [REDACTED] et le dîner à [REDACTED] dans la salle au rez-de-chaussée pour les personnes autonomes, au R+1 pour les personnes nécessitant une aide à la prise de repas, dans l'UP pour celles résidant dans l'unité protégée. Un salon est prévu pour les invités. Un goûter est également servi aux alentours de 16h et une collation peut être demandée par les résidents le soir. Celle-ci n'est cependant pas automatiquement proposée,

Remarque n°12 : En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeûne nocturne soit inférieur à 12H, l'établissement n'adopte pas une organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Qualité de vie en Ehpad, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».

Lors de la visite sur le temps de déjeuner, la mission a par ailleurs observé que l'aide à la prise de repas était effectuée par les professionnels debout. Lors de la visite aucun membre du personnel ne portait ni de tablier ni de charlotte.

Remarque n°13 : En ne portant ni tabliers ni charlottes, les professionnels méconnaissent les règles d'hygiène (Maîtrise du risque infectieux en EHPAD, recommandations CCLIN déc. 2011) et en ne réalisant par l'aide à la prise des repas face au résident et assis sur un tabouret, les professionnels méconnaissent les recommandations de bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour les personnes âgées (oct. 2007)

Le fonctionnement des appels malade :

La direction fait part à la mission d'un dysfonctionnement de l'autocom qui ne relève plus les appels malades. Il n'existe ainsi pas de traçabilité des appels malades permettant à la mission d'apprécier leur bon fonctionnement ni le temps de décroché.

La mission a testé deux appels malades. Aucun professionnel n'est venu.

Ecart n°5: En ne traçant pas le suivi des appels malades et des temps de décroché, l'établissement ne présente pas des conditions d'organisation susceptibles d'affecter la sécurité et qualité des prise en charge des personnes, notamment la nuit, contrevenant à l'article L.313-14 du CASF.

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.
1. LES PRESTATIONS HOTELIERES					
Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichages) ? <i>Cf. Registre de sécurité</i>	O C			L'établissement respecte les obligations d'affichage de sécurité incendie et le registre de sécurité a été mis à disposition de la mission. La circulation PMR est possible dans tout l'établissement. Des barres d'appui sont situées dans les couloirs Un avis favorable du SDIS en date du 26 novembre 2021 a été consulté par la mission. La mission a également consulté le dernier rapport de la DDPP. Celui-ci indique des prescriptions sur le fonctionnement.	L. 311-3, CASF HAS 2011 ¹²
Entretien général des locaux ? Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ? <i>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</i>	O			Bon entretien général des locaux Il existe dans les salles de soin, un classeur reprenant les tâches de nettoyage à effectuer pour tous les espaces. Des plans de nettoyage organisent le rythme et les tâches pour chaque espace. L'agent d'entretien passe ponctuellement l'auto laveuse. Un technicien assure la maintenance (notamment le jour de l'inspection) Protocole hygiène existant et consulté, protocole DASRI existant et consulté.	
Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attendu et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ? <i>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</i>	O			Gestion du linge plat par un prestataire externe [REDACTED] Procédure circuit du linge reçu et consulté par la mission.	
Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?	O			La toilette est quotidienne pour les résidents. Moyenne de 10 toilettes/ soignants (entretien IDEC) Pas de planning prévisionnel. Les toilettes sont tracées dans le logiciel métier.	Permet d'estimer le temps passé par toilette (ex : 14 toilettes en 1h30, ça fait 6 minutes par toilette)
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne) ? Collation disponible ?		N	R12 R13	Restauration sur place par ORPEA. Menus validés par le service restauration ORPEA, faits au trimestre, commissions menus tous les trois mois. Le petit déjeuner est servi en chambre entre [REDACTED] Le déjeuner est servi à [REDACTED] et le dîner à [REDACTED] dans la salle au rez-de-chaussée pour les personnes	Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis

¹² 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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>autonomes, au R+1 pour les personnes nécessitant une aide à la prise de repas, dans l'UP pour celles résidant dans l'unité protégée. Un salon est prévu pour les invités. Un gouter est également servi aux alentours de [REDACTED] et une collation peut être demandé par les résidents le soir. Celle-ci n'est pas automatiquement proposée ni formalisée.</p> <p>Lors de la visite, la mission observe que l'aide à la prise de repas est effectuée par les professionnels debout, ne respectant pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS permettant d'éviter les fausses routes. Lors de la visite il est également remarqué qu'aucun membre du personnel de porte de tablier ni de charlotte (rappel effectué dans le CR de la réunion générale du 20 mai 2021).</p>	dans le cadre des services de restauration des ESMS Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS ¹³
Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?		N	E5	<p>La direction fait part à la mission d'un dysfonctionnement de l'autocom qui ne relève plus les appels malades. Il apparait dans le compte rendu « staff » du 22/11/2021 « dysfonctionnements appels malades : [REDACTED] ». Un devis en date du 14/09/2021 a été signé le 02/02/2022. Dans le compte rendu « Staff » du 01/02/2022 il est indiqué « antifugue : non branché car en lien avec appel malades ».</p> <p>Il n'existe ainsi pas de traçabilité des appels malades permettant à la mission d'apprécier leur bon fonctionnement ni le temps de décroché.</p> <p>La mission a testé deux appels malades. Aucun professionnel n'est venu.</p> <p>La procédure d'urgence est classée dans le protocole de soins Tous les professionnels sont équipés d'un téléphone.</p>	L313-4 CASF
2. LES ACHATS DE CONSOMMABLES					
Achats de protections contre l'incontinence , nb d'unités achetées en 2019 et en 2021 (factures) ?	O C			Partenariat ORPEA/Hartmann. La direction peut commander des protections sans limite dans le cadre de son enveloppe budgétaire. En dehors, toute commande de plus de [REDACTED] doit être validée par la direction régionale. Livraison tous les [REDACTED] Des formations sont faites par la commerciale de Hartmann.	
3. L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE					
Lève-personnes et chariots douches disponibles ? Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?	O			Un lève malade et un verticaliseur par secteur.	
Espace Snoezelen, salle de rééducation, balnéothérapie : état des lieux et fréquentation prévisionnelle/réalisée en 2021 et 2022 Nb de personnes formées à l'activité Snoezelen et date de formation	O			Présence d'une balnéothérapie et d'une salle de rééducation	

¹³ HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP » (mars 2018)

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Malka, géré par la SARL Résidence Malka, filiale Orpea, a été réalisée de façon inopinée le 15/02/2022.

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 : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations :**

Ecart n°1 : En faisant occuper un poste d'aide-soignante par un professionnel sans qualification adéquate, l'établissement ne répond pas aux obligations réglementaires encadrant la profession d'aide-soignant, conformément à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Remarque n°1 : Les échanges mensuels entre la direction régionale et l'établissement ne sont pas tracés, ne permettant pas de garantir la connaissance par l'organisme gestionnaire des difficultés éventuelles de l'EHPAD et des dispositions prises le cas échéant par la direction régionale d'ORPEA pour les résoudre.

Remarque n°2 : La gestion des éventuels manquements professionnels ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée de nature à garantir de façon suffisante la sécurité des résidents et la qualité des prises en charge.

Remarque n°3 : Le nombre d'ETP occupant une fonction d'IDE est insuffisant au regard de la charge en soins.

Remarque n°4 : L'établissement n'a pas mis en place de méthode de pointage ou de contrôle formalisé des présences et absences journalières des professionnels (notamment par le biais de feuilles heurées nominatives signées), ne permettant pas de sécuriser la continuité des prises en charge, notamment en cas d'absence des personnels d'encadrement.

Remarque n°5 : En ne mettant pas en place un roulement des temps de pause des personnels de nursing, l'établissement ne permet pas de sécuriser la continuité et qualité des prises en charge.

- **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 :**

Ecart n°2 : L'absence de registre des décès côté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.

Ecart n°3 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart N°4 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.

Remarque n°6 : Le suivi des absences temporaires des résidents ne fait pas l'objet d'une procédure spécifique, ne permettant pas de garantir de façon suffisante la qualité et continuité des prises en charge des résidents notamment en cas d'absence imprévue des personnes encadrants.

Remarque n° 7 : Les informations relatives à la désignation des personnes de confiance et aux directives anticipées sont absentes de certains dossiers de résidents et non accessibles aux professionnels chargés de les mettre en œuvre.

Remarque n°8 : La liste des personnes qualifiées ainsi que les modalités pratiques de leur saisine ne sont pas intégrées au livret d'accueil tel que préconisé par la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, ne permettant pas aux usagers d'accéder aux recours à leur disposition pour faire valoir leurs droits.

Remarque n°9 : L'information sur le numéro 3977 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est absente au sein de l'EHPAD.

Remarque n°10 : Le recueil des réclamations ne fait pas l'objet d'une procédure spécifique, ne permettant pas de garantir de façon suffisante la sécurité et qualité des prises en charge des résidents.

Remarque n°11 : La procédure de déclaration des événements indésirables n'est pas communiquée aux professionnels, ne permettant ainsi pas de soutenir une réflexion continue au sein de l'établissement sur la qualité des prises en charge.

- De dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Ecart n°5 : L'établissement ne trace pas le suivi des appels malades et des temps de décroché, ne permettant pas de garantir la qualité de prise en charge et la sécurité des résidents accueillis, notamment la nuit, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article L313-4 du CASF.

Remarque n°12 : L'établissement ne sensibilise pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents, et n'adopte pas une organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Qualité de vie en Ehpad, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », préconisant un jeûne nocturne inférieur à 12h.

Remarque n°13 : L'aide à la prise de repas est réalisée debout, et non face au résident et assis sur un tabouret, méconnaissant les recommandations de bonnes pratiques (oct. 2007) permettant d'éviter les fausses routes.

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

Fait à Lieusaint, le 23/02/2022

L'inspectrice	La personne désignée en qualité d'inspectrice
La chargée de contrôle	La personne chargée du contrôle

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 reductibles
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

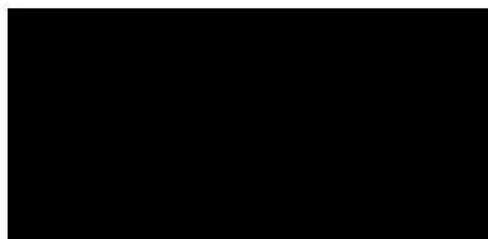
Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale
De Seine-et-Marne

Affaire suivie par : Emmeline SALIS
Courriel : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr



Paris, le

11 FEV. 2022

Mesdames,

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.

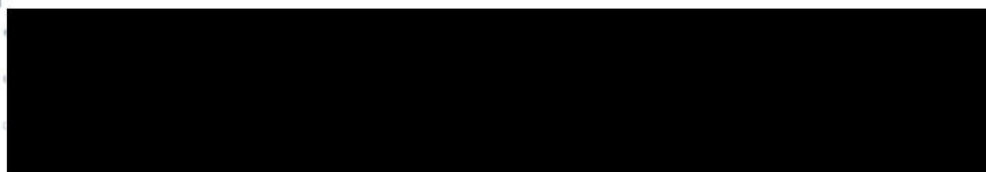
Ce programme, diligenté sur le fondement de l'article L 313-13 V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements cibles, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD Malka, situé 11 rue Pasteur, 77350 Boissise-la-Bertrand (FINESS n° 770802668) qui a été inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- 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 ;
- 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 mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 1421-1 et L 1435-7 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L 133-2 du CASF et le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) comprendra :



L'inspection aura lieu à partir du 15 février 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf article L 1421-2 du CSP), en mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tel : 01 44 02 00 00
@defrance.ars.sante.fr

- Les dispositions de l'article L 1421-3 du CSP¹ s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai d'une semaine à compter de la visite sur site. 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 conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L 313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, l'expression de ma considération distinguée

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé



Amélie VERDIER

¹ Art L 1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre autres mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal »

Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

N°	Nature du document demandé	Transmis Oui / Non
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, contrat de travail	Oui
2	Qualification et diplôme du médecin coordonnateur, contrat de travail	Oui
3	Qualification et diplôme de l'IDEC, CV, , contrat de travail	Oui
4	Rapport dernière visite de la commission de sécurité	Oui
5	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Oui
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Oui
7	Calendrier des astreintes de direction du 1 ^{er} semestre 2022	Oui
7	Projet d'établissement, Projet de soins et trame d'un Projet de vie individualisé	Oui
8	Organigramme général détaillé de l'établissement	Oui
9	Listes nominatives des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf)	Oui
10	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Non
11	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	Oui
12	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois, de février 2022 et planning prévisionnel de mars 2022	Oui
13	Plan de formation 2020-2021 et attestations des formations suivies	Oui/non (pas d'attestations fournies)
14	Liste des médecins traitants	Oui
16	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)	Oui

17	Convention entre l'EHPAD et un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil d'urgence	Oui
18	Conventions de collaboration du médecin coordonnateur avec EMG, réseaux de soins palliatifs et HAD et psychiatrie	Oui (à actualiser)
19	Contrat(s) des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD	NC
20	Contrat avec pharmacien d'officine pour la délivrance des médicaments	NC
21	Rapport d'activité médicale annuel, rapport de la commission gériatrique annuelle	Oui
22	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Oui
23	Plan Bleu	Oui
24	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (décembre 2021 et janvier 2022) ;	Oui
25	Les fiches de tâches heurées des IDE/AS/AMP/Auxiliaires de vie/ASH	Oui/non fiches AS, AES, logistique fournies
26	Les conventions de stage des stagiaires (élèves, étudiants, contrats de professionnalisation ...) présents sur le mois de février 2022	Oui
27	Copie des registres des délégués du personnel	Non
29	Copie des bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD en janvier 2022	Non
30	Le récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Non
31	Tableau des ETP du mois de janvier 2022	Oui
32	Comptes rendu des 3 derniers conseils de la vie sociale	Oui
33	Planning des CODIR réalisées 2021/programmées 2022 et dernier CR	Oui
34	Planning des CODIR Siège OG 2021/programmées 2022 et dernier CR	Non
35	Planning des AG du personnel réalisées 2021/programmées 2022 et dernier CR	Oui/non

36	Procédure de prise de poste pour les nouveaux agents et les intérimaires	Oui
37	La liste des personnels intérimaires et la durée de l'intérim Contrats des intérimaires décembre 21 et janvier 22	Non
38	Pour 2021 : - Taux d'absentéisme par catégorie ASH/AS/IDE - En ETP, temps de présence effective du médecin coordonnateur	Oui/non (doc incomplet)

Documents consultés sur place par la mission

N°	Nature du document demandé	Consultation sur place	Consultés Oui / NON
A	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	X	Oui
B	Registre de sécurité	X	Oui
C	Registre de recueil des événements indésirables (EI)		Non
D	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles		Non
E	Dossiers administratifs des salariés	X	Oui
F	Dossiers administratifs des résidents et projets de vie	X	Oui
G	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	X	Oui
H	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	X	Oui

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

(le jour de la visite sur site)

