

Direction départementale de Seine-et-Marne

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Château de Villeniard » (EHPAD)
Adresse 1 allée du château 77710 Vaux-sur-Lunain
N° FINESS 770803450

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0150
Contrôle sur pièces le 21 / 02 /2022

Mission conduite par

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;

Accompagnée par

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

| | |
|----------------------------|--|
| <u>Textes de référence</u> | <ul style="list-style-type: none">- Article L. 313-13-V 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 discréetion 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

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE | 4 |
| INTRODUCTION | 7 |
| A) Contexte de la mission d'inspection | 7 |
| B) Modalités de mise en œuvre | 7 |
| C) Présentation de l'établissement | 7 |
| CONSTATS..... | 9 |
| I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS | 10 |
| A) L'encadrement des équipes..... | 11 |
| B) La situation des effectifs..... | 13 |
| C) L'organisation du travail..... | 15 |
| 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 | 16 |
| A) Le nombre et le profil des résidents accueillis | 16 |
| B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents..... | 17 |
| C) La communication avec les familles et le CVS | 20 |
| D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables | 20 |
| III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE | 22 |
| A) Les prestations hôtelières | 22 |
| B) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique | 22 |
| IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE..... | 24 |
| A) Les missions du médecin coordonnateur | 24 |
| B) Qualité et gestion des risques..... | 24 |
| CONCLUSION | 26 |
| GLOSSAIRE | 27 |
| ANNEXES | 28 |
| Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle..... | 28 |
| Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis | 30 |

SYNTHESE

Eléments 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.

Le présent contrôle sur pièces s'inscrit dans ce programme. Il est diligenté par la Directrice générale de l'ARS au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services de la Délégation départementale de Seine-et-Marne.

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, à partir d'un contrôle sur pièces, une évaluation et une vérification des conditions de fonctionnement de l'EHPAD et de l'organisation de la prise en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme a débuté le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes 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.

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. Sur ce total, 41 documents ont été reçus le 21 février 2022 et examinés par la mission de contrôle. Toutefois certains documents ont nécessité une transmission complémentaire.

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 :

Conformément à l'article D312-176-5 du CASF, une copie du document unique de délégation de la directrice de l'établissement doit-être transmise en sus des autorités qui ont délivré l'autorisation au conseil de la vie sociale (CVS).

Ecart N°2 :

En faisant occuper un poste d'aide-soignant 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. Lors de l'entretien téléphonique du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, la présence d'auxiliaires de vie en soin a été confirmée.

Ecart N°3:

Conformément à l'article D311 du CASF, le contrat de séjour doit comporter :

- la mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R313-30-1 ;
- la mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat dans l'attente de l'avenant mentionné au septième alinéa du présent article ;
- la description des conditions de séjour et d'accueil.

Ces éléments sont manquants dans le contrat de séjour transmis.

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°1 :

L'organigramme transmis n'est pas complet (absence de la directrice adjointe).

Remarque N°2 :

Les formations autour de la qualité de l'accompagnement en dehors du soin (gestes et postures, risques de chutes, prévention de la maltraitance...) ont été peu traitées en 2021.

Remarque N°3 :

Le taux de personnel en CDI est faible.

Remarque N°4 :

Le nombre d'ETP occupant une fonction d'IDE est insuffisant au regard de la charge en soins (au regard des normes régionales fixées dans les CPOM).

Remarque N°5 :

Concernant l'étape 3 de la procédure de préadmission, le projet de recueil de l'avis médical dans les quatre heures ne justifie pas la conservation du dossier médical durant plus d'un mois. Dans la partie « description du processus » à l'étape 14, le recueil du consentement dans le cas d'un dossier non validé n'apparaît pas pertinent.

Remarque N°6 :

Concernant la procédure d'admission :

- A l'étape 3, la saisie de données complémentaires, notamment les coordonnées de l'infirmière libérale qui intervenait à domicile avant l'entrée en EHPAD, doit permettre l'échange d'informations sur la situation du résident et non uniquement d'éviter les indisponibilités CPAM

- A l'étape 20 de la procédure de préadmission, est indiqué « ...recueillir le ressenti du résident (à défaut de la famille) depuis son entrée...», alors que le ressenti et le consentement du résident doit-être recherché en priorité et à défaut celui de la famille.

Remarque N°7 :

A l'annexe 1 du contrat de séjour, est prévu que « sauf raison médicale et si le résident le souhaite, un plateau repas pourra lui être apporté en chambre étant entendu qu'un supplément lui sera demandé (tarif figurant à l'article III) », également « le coût de l'impulsion téléphonique est facturée au résident sur la base d'un coût opérationnel précisé à l'article III de la présente annexe ». Toutefois à l'article III « prestations complémentaires », aucun de ces éléments n'est précisé.

Remarque N°8 :

Dans le livret d'accueil, il est constaté des erreurs dans la présentation des annexes. 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 :

Dans le livret d'accueil, les horaires d'accueil indiqués ne sont pas en adéquation avec ceux inscrits au sein du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

Remarque N°10 :

Le règlement de fonctionnement précise « il est demandé au résident, sa famille ou son représentant légal de ne pas introduire dans l'établissement des denrées alimentaires venant de l'extérieur ». Ces éléments ne sont pas en adéquation avec les pratiques autorisées et encadrées réellement sur l'établissement.

Remarque N°11 :

L'ensemble des recommandations ne sont pas tracer dans le registre dédié.

Remarque N°12 :

Le dernier rapport de la commission de coordination gériatrique n'a pas été transmis.

Remarque N°13 :

Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi en date du 20/09/2013. Aucun plan d'action n'a été communiqué par l'établissement malgré les propositions et préconisations formulées par l'évaluateur externe.

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 « Château de Villeniard » situé à Vaux-sur-Lunain (77710), qui appartient au groupe ORPEA. La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations 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 Directrice générale de l'ARS a-t-elle diligenté un contrôle sur pièces visant 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

Ce contrôle sur pièces, 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] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED] personne qualifiée ;
- [REDACTED] personne qualifiée ;
- [REDACTED] personne qualifiée.

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

C) Présentation de l'établissement

Situé au 1 allée du château à Vaux-sur-Lunain (77710), l'EHPAD « Château de Villeniard » est géré par le groupe ORPEA située 12 rue Jean Jaurès à Puteaux (92800). Autorisé le 3 juillet 1992 en tant que maison de retraite puis en EHPAD le 23 novembre 2004, l'établissement « Château de Villeniard » dispose de 93 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour ni en hébergement temporaire. 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 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.

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

Le jour de la visite flash, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de [REDACTED]. Soit un taux de présence de [REDACTED] %.

Les résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

| Dépendance | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 et 6 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|------------|
| | | | | | |
| IDF ¹ | 18% | 40% | 18% | 17% | 7% |

Les documents transmis lors de l'envoi du 21 février 2022 comportent des erreurs. En effet les GIR indiqués sur les 3 premiers trimestres 2021 ne comptabilisent pas l'ensemble des résidents présents. Suite à l'entretien téléphonique en date du 24 février 2022, un correctif a été demandé.

Activités (ERRD Annexe activité)

| | 2020 | 2019 | 2018 |
|-------------------|------|------|------|
| HP (cible >= 95%) | | | % |

Soins/dépendance (ERRD annexe ETP)

| GMP/PMP validé en | PMP | GMP | Charges en soins (PMP x nbr de places HP)/ETP IDE Cible < 4300 | Charges en dépendance (GMP x nbr de places HP)/ETP AS-AMP) Cible < 3 200 |
|-------------------|-----|-----|--|--|
| 2020 | | | | |
| 2019 | | | | |

| ETP réels/prévus | ETP IDE | ETP AS/AMP | ETP MedCo | ETP IDEC | ETP Total |
|------------------|---------|------------|-----------|----------|-----------|
| 2020 | | | | | |
| 2019 | | | | | |

Données financières (ERRD)

Résultats

| | Soins Prévisionnel A | Soins Réalisé B | Dépendance prévisionnel C | Dépendance Réalisé D | Résultat consolidé = B+D |
|------|----------------------|-----------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| 2020 | | | | | |
| 2019 | | | | | |

¹ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

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

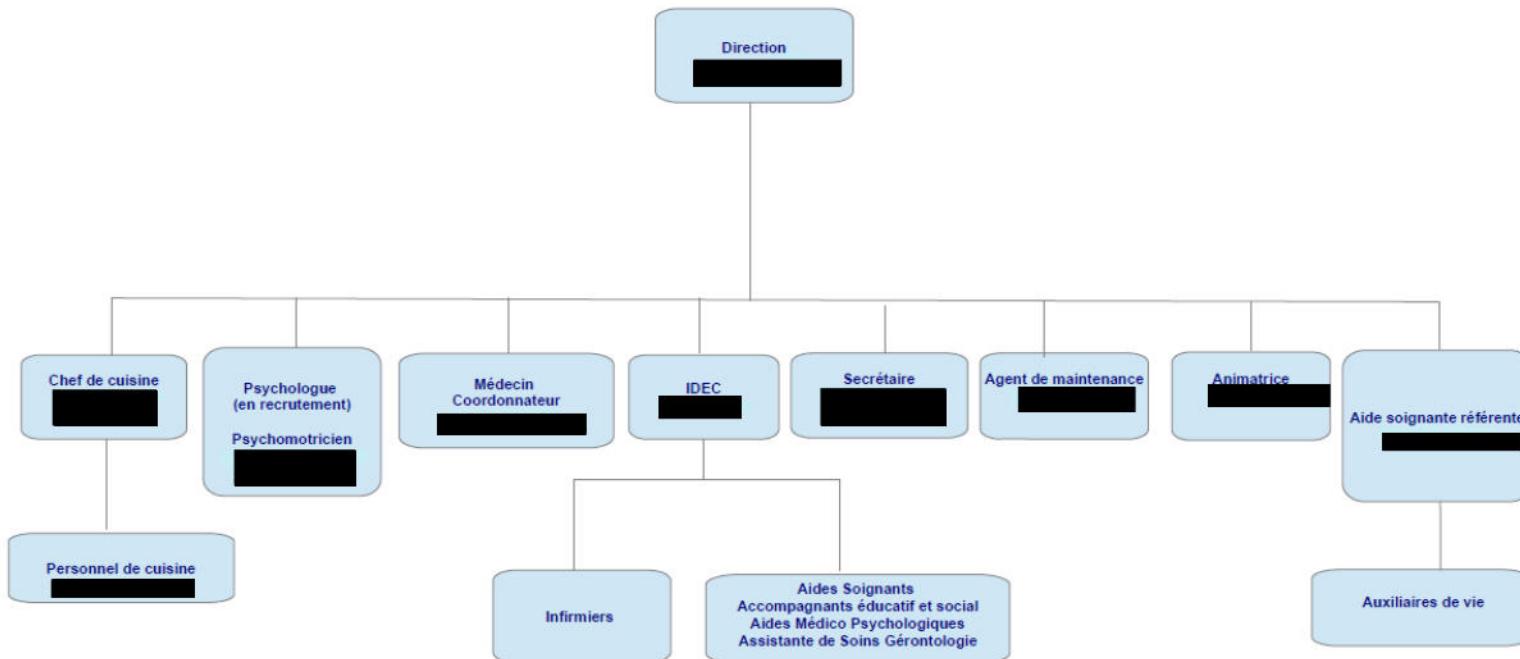
RBPP HAS : Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

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



la vie continue avec nous

ORGANIGRAMME DE L'EHPAD « Le Château de Villenard »



Mis à jour le 09/02/2022

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

10/32

A) L'encadrement des équipes

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O / C | N / NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|---|-------|--------|-----|--|---|
| A. L'ENCADREMENT DES EQUIPES | | | | | |
| - Directeur : Qualification, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission, document unique de délégation de pouvoir (DUD) ? - le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2022 est-il fixé ? | | N/C | E1 | <p>Le diplôme de la Directrice est transmis et conforme : [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Le document unique de délégation de la directrice de l'EHPAD existe et a bien été transmis aux autorités de tarification et de contrôle à sa prise de poste, toutefois il n'est pas prévu de copie au CVS tel que le prévoit l'article D312-176-5 du CASF.</p> <p>La fiche métier de la directrice a bien été transmise et les missions dévolues sont en cohérence avec les attendus du métier.</p> <p>Le calendrier des astreintes du 1^{er} semestre 2022 est bien fixé, la note ainsi que la procédure sont clairement définis.</p> | D. 312-176-5 à -9 du CASF (DUD et qualification ²) L. 315-17 et D. 315-67 à 71 du CASF (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 |
| Conformité de l'équipe pluridisciplinaire aux catégories de personnel recensées par le CASF ³ ? | | N/C | R1 | <p>Les métiers définis à l'article D312-155-0 du CASF sont tous présent. L'organigramme présenté n'est pas détaillé. Certains postes ne figurent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lingère • Adjointe de direction <p>Dans le cadre de l'entretien téléphonique avec la directrice de l'établissement, un correctif a été demandé, l'organigramme modifié ne recense toujours pas l'adjointe de direction.</p> | D. 312-155-0, II du CASF |
| -MEDEC : ETP conforme à la capacité de l'EHPAD ? Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? | O/C | | | <p>La fiche métier du MEDEC a bien été transmise ainsi que son diplôme. Le 0,5 ETP prévu par l'article D312-156 et suivants du CASF est conforme.</p> | D.312-156 (ETP), D. 312-157 ⁴ et D. 312-159-1 du CASF HAS, 2012 ⁵ HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 |

² Cf. site internet : http://www.synerpa.fr/extranet/maj/upload/document/document_90.pdf

³ 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. »

⁴ 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.»

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

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O / C | N / NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|-------|--------|-----|---|---|
| -IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? | O/C | | | La fiche métier de l>IDEC a bien été transmise ainsi que son diplôme conforme à l'article D312-155-0 II du CASF | D. 312-155-0, II du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011 ⁶ Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP |
| -Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ⁷ et dossier RH type, remise de documents : RF... | O/C | | | Il existe une procédure RH pour l'accueil des nouveaux salariés. Les documents remis aux nouveaux salariés sont : <ul style="list-style-type: none"> - Contrat de travail - Fiche métier - Règlement intérieur - Livret d'accueil pour les salariés - Notice informations frais de santé et prévoyance Il est également prévu une formation aux consignes de sécurité et protocoles d'urgences. | HAS, 2008 ⁸ |
| -Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N+1 -Attestations de formations suivies 2019 et 2021 A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : les formations prévues/réalisées portent-elles notamment sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> -pratiques professionnelles, -bientraitance/prévention de la maltraitance, -bon usage des outils et équipements de travail ? | O/C | | R2 | Le plan de formation 2020 fait apparaître un nombre important de formations prévues et non réalisées dû à la pandémie. La tendance s'améliore en 2021 concernant les mini formations autour du soin en dehors du Covid. Toutefois il est à noter que les formations autour de la qualité de l'accompagnement en dehors du soin (gestes et postures, risques de chutes, prévention de la maltraitance...) ont été peu traitées en 2021. Le plan de formation prévisionnel 2022 comprend des formations HACCP, bientraitance, pratiques professionnelles, gestes 1er secours, circuit du médicament, prise en charge de la douleur, escarres, troubles du comportement, goûts et saveurs des plats, présentation d'assiette, PRAPS, etc. | HAS, 2008 ⁹ |
| Copie des registres des délégués du personnel A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : ces registres sont-ils remplis, actualisés ? (formalisation du dialogue social à l'échelle de l'établissement) | O/C | | | Les documents suivants ont été transmis : <ul style="list-style-type: none"> - Le registre des membres du Comité Social et Economique (CSE) - La liste des représentants de proximité - Le registre des membres de la commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail du CSE Ces derniers sont actualisés. Les informations autour de la saisie mériteraient d'être mises en évidence. | Article L. 2315-22, code du travail |

⁶ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

⁷ Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles, remise du RF, ...

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

⁹ 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. |
|--|-------|--------|-----|--|--|
| Des contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD sont-ils formalisés? | O/C | | | <p>L'établissement a formalisé des contrats avec les professionnels de santé libéraux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - convention d'exercice libéral pédicure-podologue ; - contrat portant sur les conditions d'intervention des médecins généralistes libéraux ; - contrat portant sur les conditions d'intervention du masseur-kinésithérapeute. <p>La mise en œuvre et l'organisation de ces contrats est prévue dans le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement.</p> | 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 | | | <p>Une liste des médecins traitants intervenants dans l'établissement a été transmise [REDACTED] mais celle-ci ne permet pas d'identifier si chaque résident bénéficie d'un médecin traitant. Suite à l'entretien téléphonique du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, un correctif a été demandé. Ce dernier a été transmis le jour même.</p> | |

B) La situation des effectifs

| B. LA SITUATION DES EFFECTIFS | | | |
|---|-----|--|--|
| <p>-Conformité de l'équipe pluridisciplinaire (fonctions exercées) en janvier et février 2022 avec les catégories de personnel recensées au CASF ?</p> <p>-Ancienneté à date (<i>part des agents ayant +/- 5 ans</i>) ?</p> <p>-Part des postes occupés par des agents en CDI, en CDD, en intérim ?</p> <p>-Effectif et fonctions des équipes de nuit ?</p> | O/C | | <p>L'équipe pluridisciplinaire est conforme avec les catégories de personnel recensées au CASF ;</p> <p>[REDACTED] % du personnel a plus de 5 ans d'ancienneté.</p> <p>En janvier et février 2022, [REDACTED] % du personnel était en CDI. Les [REDACTED] % restant sont soit des contrats de professionnalisation (2) soit des CDD/vacataires (47). Le taux de personnel en CDI est faible. Lors de l'entretien du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, celle-ci a pu confirmer les difficultés de recrutement eu égard notamment à la localisation de l'EHPAD malgré les actions mises en œuvre avec les partenaires de l'emploi. L'établissement est invité à poursuivre sa démarche de fidélisation des effectifs.</p> |

¹⁰ 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.»

| | | | | | |
|---|-----|--|----|---|---|
| | | | | Concernant l'effectif de nuit, [REDACTED] % du personnel travaille de nuit. [REDACTED] 7% sont en CDI (la plupart sont des AS). | |
| Ratios d'encadrement ¹¹ : | N/C | | R4 | Ratios encadrement : <ul style="list-style-type: none"> - nombre d'AS présents le 1^{er}/02/2022 / nombre de résidents présents ? - nb d'IDE présents le 1^{er}/02/2022 /nb de résident présents ? - nb d'ASH présents le 1^{er}/02/2022 / nb de résidents présents ? <p>Actuellement sur les [REDACTED] ETP IDE prévus : [REDACTED] poste est vacant. Le nombre d'ETP occupant une fonction d'IDE est insuffisant au regard de la charge en soins. L'établissement est invité à mettre en place une politique RH favorisant l'attractivité des postes d'IDE.</p> <p>En faisant occuper un poste d'aide-soignant 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. Lors de l'entretien téléphonique du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement la présence d'auxiliaires de vie en soin a été confirmée. A ce titre il a été précisé que la direction accompagne ses professionnels vers la validation des acquis et de l'expérience (VAE). L'établissement doit poursuivre cette démarche afin de régulariser la situation.</p> | L.311-3 et L312-1, II, 4ème alinéa, CASF et HAS ¹² |
| Les conventions de stage des élèves et stagiaires actuellement présents le jour de la visite d'inspection ? | O/C | | | Aucun stagiaire n'apparaît sur la liste des présents le jour de l'inspection. En revanche a été transmis deux conventions pour des stages s'effectuant sur février 2022. Lors de l'entretien du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, celle-ci a pu confirmer que ces derniers étaient bien présents mais oubliés sur la liste. | 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) |

¹¹ Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021

¹² HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

C) L'organisation du travail

| C. L'ORGANISATION DU TRAVAIL | | | | |
|---|-----|--|--|---|
| Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES de jour ? | O/C | | Document transmis et tâches cohérentes avec la fonction AS/ASG/AES. | L. 311-3 ¹³ (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa du CASF et HAS ¹⁴ |
| Les fiches de tâches heurées des ASH ? | O/C | | Document transmis et tâches cohérentes avec la fonction ASH. | L. 311-3 (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa du CASF et HAS ¹⁵ |
| Plannings des équipes de soins jour/night (y-c les temps de transmission): novembre, décembre 2021 et janvier, février 2022 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 ? | O/C | | <p>Le planning du personnel de soins a été transmis uniquement pour la période de janvier 2022. Il manque novembre et décembre 2021 ainsi que février 2022. Ces éléments ont été transmis suite à l'entretien téléphonique du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement.</p> <p>Temps de transmission matin et soir 15min de prévu.</p> <p>Temps de transmission après-midi pluridisciplinaire (avec toute l'équipe) de 13H30 à 14H-14H15.</p> | |

¹³ 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 ; (...) ».

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

¹⁵ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

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. |
|--|-------|--------|-----|--|--|
| LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS | | | | | |
| Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ? | O/C | | | <p>Le registre a été transmis.</p> <p>L'ensemble des résidents sont identifiés sur le listing. Toutefois, sur le document « liste des mouvements résidents du 1^{er} janvier 2021 au 16 février 2022 », le décès d'une personne survenu le 8 février 2022 n'est pas renseigné. Aussi, des erreurs d'actualisation ont été recensées sur les listes des résidents communiquées. Elles ont fait l'objet d'échanges lors de l'entretien du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, qui a confirmé leur régularisation.</p> | 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 | | | 90 résidents sont accueillis sur les 93 places autorisées. | 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 | | | <p>A la date du contrôle (17/02/2022)</p> <p>Pour le bâtiment D :</p> <ul style="list-style-type: none"> • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] <p>Pour le château (bâtiments A/B/C) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • [REDACTED] • [REDACTED] <p>Le taux d'occupation moyen en 2021 était de [REDACTED] %. Le taux d'occupation moyen de janvier à février 2022 est de [REDACTED] %.</p> | 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 | | | Lors du contrôle, l'évaluation de la dépendance était réalisée, sauf pour une personne entrée sur l'établissement très récemment et une autre n'ayant pas atteint l'âge de █ ans. Un tableau reprenant le taux par GIR est présenté en introduction du présent document. Les taux présentés sont en cohérence avec les taux constatés en Ile-de-France. | Articles R. 332-18 ¹⁶ et D. 312-158, 4° du CASF ¹⁷ |
| Nombre et mode de sortie des patients en 2021 | O/C | | | En 2021, il est comptabilisé █ sorties sur l'établissement, dont █ décès et █ autres motifs. Ce chiffre ne comptabilise pas les sorties pour court séjour au nombre de █ | |

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 | | R5 R6 | <p>La procédure de préadmission et d'admission ont été transmises. Elles sont communes à tout le groupe ORPEA.</p> <p>Concernant la procédure de pré-admission, le projet de recueil de l'avis médical dans les quatre heures ne justifie pas la conservation du dossier médical durant plus d'un mois. Dans la partie « description du processus » à l'étape 14, le recueil du consentement dans le cas d'un dossier non validé n'apparaît pas pertinent.</p> <p>Concernant la procédure d'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'étape 3, il serait opportun de prévoir lors de la saisie de données complémentaires, notamment les coordonnées de l'infirmière libérale qui intervenait à domicile avant l'entrée en EHPAD, que ces dernières permettent l'échange d'informations sur la situation du résident et non uniquement d'éviter les indus CPAM. | 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) |

¹⁶ 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. »

¹⁷ 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 (...). ».

¹⁸ HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

| | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|---|--|
| | | R8 | <ul style="list-style-type: none"> • la présentation de l'établissement ; • les prestations délivrées et intervenants ; • les contacts et horaires d'ouverture ; • les modes de règlement ; • la démarche qualité et de bientraitance ; • le droit au respect de la vie privée ; • les annexes (règlement de fonctionnement, charte des droits et liberté, notice personne de confiance...). <p>Il est constaté des erreurs dans la présentation des annexes. 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.</p> <p>Les horaires d'accueil indiqués ne sont pas en adéquation avec ceux inscrits au sein du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Ces éléments devront être revus afin de communiquer une information unique et conforme aux résidents.</p> | |
| Projet d'établissement | N/C | E4 | <p>Le projet d'établissement présenté fait référence à la période 2014-2019. Il n'est donc plus valable.</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> <p>Suite à l'entretien téléphonique du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, il a été précisé que ce projet est en cours de réécriture. L'établissement est invité à être vigilant quant au formalisme intégrant une présentation globale et pluriannuelle du projet, de ses objectifs et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement.</p> | |
| Règlement de fonctionnement | O/C | R10 | <p>Règlement de fonctionnement transmis et conforme.</p> <p>Il est inscrit dans le règlement qu'« <i>il est demandé au résident, sa famille ou son représentant légal de ne pas introduire dans l'établissement des denrées alimentaires venant de l'extérieur</i> ». Ces éléments ne sont pas en adéquation avec les pratiques autorisées et encadrées réellement sur l'établissement. De plus, certaines obligations apparaissent peu adaptées au profil de certaines personnes accueillies.</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 ? -Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles ? A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ? 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 ») | O/C | R11 | <p>Deux protocoles des réclamations et des doléances ont été transmis, un pour les réclamations écrites, mis à jour le 20 mai 2021 et un pour les réclamations orales mis à jour le 15 novembre 2019.</p> <p>Le registre de recueil n'a pas été communiqué précisant qu'il était vierge ce qui ne permet pas d'en vérifier l'existence.</p> <p>Suite aux échanges téléphoniques du 24 février 2022 avec la directrice de l'établissement, l'existence de quelques mails et réclamations des familles a pu être vérifié. Celles-ci sont traitées au fil de l'eau par la direction et les réponses sont faites essentiellement oralement, sauf quand elles sont faites par mails où elles sont tracées dans les dossiers de l'établissement.</p> <p>L'établissement est invité à tracer l'ensemble des réclamations portées à sa connaissance.</p> | L. 1110-4, CSP |
| Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? | O/C | | PV des élections des membres du CVS établi en date du 28/11/2019. Le CVS se réunit en moyenne 2 à 3 fois dans l'année, les fréquences des commissions sont : 2 CVS en 2019, 2 en 2020, 3 en 2021 et 1 en début d'année 2022. | 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) ? 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) ? | O/C | | <p>Dernier CVS en date du 20/01/2022 : commission exceptionnelle faisant état d'un point de situation sur le COVID et le recrutement du personnel compliqué par le refus de CDI et l'isolement géographique de l'établissement.</p> <p>Les comptes rendus de ces commissions sont envoyés par mail aux représentants des familles pour validation avant affichage à l'accueil de la résidence.</p> | D. 311-3 à 32-1, CASF R. 331-10, CASF (dysfonctionnements graves et EI) |

D) La gestion des réclamations et des événements 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 ? | O/C | | Recueil de l'information : 95 questionnaires distribués à partir du 2 Novembre 2020, pour 78 retours, soit un taux de retour de 82,1 % dont 92,3 % par voie digitale. | L312-8, D312-203, D312-205 CASF |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| 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 ? | | | <p>Une enquête de satisfaction résidents-familles a été réalisée en 2020 avec un indice de satisfaction par thème :</p> <p>Information :</p> <ul style="list-style-type: none"> 74 % de satisfaits pour la disponibilité de la direction et la fréquence de rencontres 74 % de satisfaits sur l'information sur la vie de la résidence 65 % de satisfaits pour ce qui concerne la clarté du contrat de séjour signé avec la résidence. <p>Soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> 58 % de satisfaits sur la qualité des soins 61% satisfaits sur la communication avec le personnel soignant 53 % de non satisfaits sur l'attention porté à la gestion de la douleur | Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ¹⁹ |
|--|--|--|---|--|

¹⁹ 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. |
|--|-------|--------|-----|--|--|
| LES PRESTATIONS HOTELIERES | | | | | |
| <i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : y-a-t-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 | | | Existence d'un registre de sécurité pour les parties suivantes : électrique, gaz, incendie, éclairage et entretien des ascenseurs. Vérification dans l'ensemble conforme avec émargement des sociétés de contrôle des installations. Date du dernier rapport de la commission de sécurité le 15/04/2021, celle-ci émet un avis favorable quant à la poursuite des activités de l'établissement. | L. 311-3, CASF HAS 2011 ²⁰ R. 123-51 du code de la construction et de l'habitation ²¹ |

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

| L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Liste des investissements/petits matériels acquis en 2020 et 2021 en lien avec la prise en charge de la dépendance ? | | | | Listing d'achat de l'année 2020, 2021 communiqués par la directrice. | |
| Inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisables : | | | | Inventaire des équipements et dispositifs médicaux établi à la date du 16/02/2022. | |

²⁰ 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

²¹ 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).

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| -extracteurs d'O2, -bouteilles O2, -VNI, -nébuliseurs, -pompes de nutrition, -seringues électriques, -aspirateurs, VAC (?), -bladder scan, -lits fluidisés (locations en cours), -dispositifs de levage ? | | | | |
|--|--|--|--|--|

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 communiqué par la directrice date du 31/12/2020. Le RAMA de 2021 étant en cours de finalisation par le médecin et la psychomotricienne à la date du contrôle. Les 3 principaux motifs d'hospitalisation ont été : décompensation cardio-respiratoire, sur terrain covid + . Chutes, décompensation psychiatrique. | 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 ? | N/C | R12 | | Le dernier rapport de la commission de coordination gériatrique n'a pas été transmis. | D312-158, 3°, CASF ²² |

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 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 ? | O/C | | R13 | Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi en date du 20/09/2013. Aucun plan d'action n'a été communiqué par l'établissement malgré les propositions et préconisations formulées par l'évaluateur externe. Notamment sur la poursuite de formation sur les thèmes de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance et sur la gestion des risques vis-à-vis du personnel (fera l'objet d'une remarque). | L312-8, D312-203 ²³ à -205 du CASF |

²² 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. »

²³ 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 | | | Protocole régional du groupe ORPEA. Un formulaire d'EIG est transmis à l'ARS après analyse de l'incident par la direction et information/validation auprès du groupe. Les derniers EIG/ réclamations recensés par l'ARS sont au nombre de 5 sur la période de 2016 à 2020. Il est à noter qu'il n'y en a pas eu depuis. Thèmes des réclamations : - [REDACTED] - [REDACTED] | Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28/12/2016 ²⁴ 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 | | | La directrice signale ne pas avoir eu d'évènement indésirables à signaler sur l'année 2021. | Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28/12/2016 ²⁵ 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 | | | Ont été vaccinés contre la grippe en 2021 : • [REDACTED] de résidents, • [REDACTED] de personnels • [REDACTED] de soignants | 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 | | | Traçabilité et contrôle relatifs à l'obligation vaccinale de son personnel, conformément aux modalités précisées dans l'instruction du 10 septembre 2021, l'établissement contrevient aux dispositions du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 relatif au traitement « Vaccin Covid ». En 2021, [REDACTED] flacons commandés à la pharmacie soit [REDACTED] doses réalisés. - [REDACTED] résidents ont bénéficié de la 3 ^{ème} injection - [REDACTED] personnels ont bénéficié de la 3 ^{ème} injection extérieurs (familles salariés, kiné, libéraux) | |

²⁴ Arrêté du 28/12/2016²⁴relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

²⁵ Arrêté du 28/12/2016²⁵relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

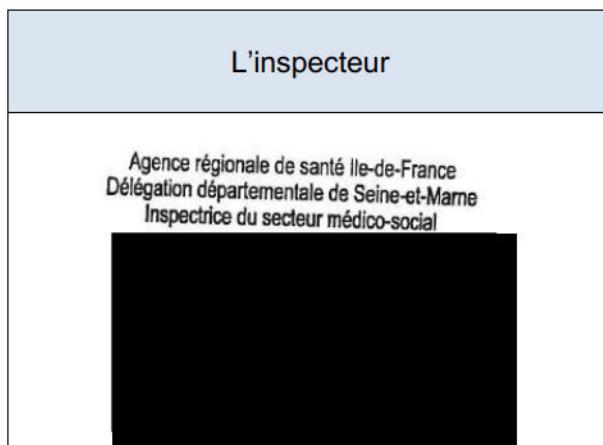
CONCLUSION

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Château de Villeniard, géré par la SAS « Douce France Santé » qui appartient au groupe ORPEA a été réalisé le 21 février 2022 à partir des documents transmis par l'établissement le 18 février 2022 et réceptionnés le 21 février 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 (communication du DUD et occupation des postes d'AS) ;
- De modalité d'accueil et d'accompagnement des résidents (conformité contrat de séjour et projet d'établissement) ;

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



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 : Pôle d'activités et de soins adaptés

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 : Unité d'hébergement renforcée

UVP : Unité de vie protégée

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation Départementale 77

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED] & ars-idf-inspection-ehpad@ars.sante.fr
Téléphone : 01 78 48 23 54



Lieusaint, le 15 FÉV 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 de Villénard », N°FINESS 770803450, 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 :
 - [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale
- qui sera accompagnée par :
 - [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
 - [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

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.

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

La directrice de

[REDACTED]partementale

 Helene MARIE

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé



LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES

Inspection¹ de l'EHPAD de Château de Villeniard (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 éculée) jeudi 17 février 2022, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires ;
- Plan des locaux.

Document à transmettre pour le

| 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/procédures) | 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 |

¹ 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 ² : nombre d'AS présents le 1 ^{er} /02/2022 / nombre de résidents présents ; nb d'IDE présents le 1 ^{er} /02/2022 /nb de résident présents ; nb d'ASH présents le 1 ^{er} /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 heurées 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, ETP et différentiation 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 heurées 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, nébuliseurs, 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 évènements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au cours | X |
| 35 | Registre de sécurité | X |
| 36 | Protocole de signalement des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016) | X |

² 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 |

3

32/32