

Direction départementale de Seine-et-Marne

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « KLARENE » (EHPAD)
Adresse : 2 bis boulevard Isaac Pereire 77 220 TOURNAN EN BRIE
N° FINESS 77 081 404 4

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0112
Déplacement sur site le 14/02/2022

Mission conduite par


Accompagnée par les personnes qualifiées désignées 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. 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 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
CONSTATS.....	5
INTRODUCTION	8
A) Contexte de la mission d'inspection.....	8
B) Modalités de mise en œuvre	8
C) Présentation de l'établissement	8
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	11
A) Cadre institutionnel et gouvernance	11
B) La situation des effectifs.....	12
C) L'organisation du travail.....	14
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	18
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	18
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	18
D) La communication avec les familles et le CVS	20
E) La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	22
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
B) Les achats de consommables.....	30
C) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique	30
CONCLUSION	33
GLOSSAIRE	34
ANNEXES	35
Annexe 1 : Lettre de mission.....	36
Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection	38
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	41
Annexe 6 : Tableau des ETP (annexe 9H) transmis à l'ERRD 2020 :	46

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.

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

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 ;
- 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

Cette inspection 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, des professionnels de l'établissement et des résidents, leurs représentants et une famille.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection.

CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que 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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Le contrôle a identifié les écarts à la réglementation et remarques aux bonnes pratiques professionnelles suivants :

Ecart N°1 :

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

Ecart N°2 :

En n'ayant pas organisé la traçabilité et le 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 ».

Ecart N°3 :

En n'actualisant pas les modalités de résiliation du contrat de séjour, l'établissement contrevient à l'article L. 311-4-1 du CASF.

Ecart N°4:

En ne joignant pas la liste des personnes qualifiées au contrat de séjour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-5 du CASF.

Ecart N°5

L'attestation de désignation d'une personne de confiance est une pièce obligatoire du dossier résident conformément à l'article D. 311-5-1 du CASF et à l'article L. 1111-6 du CSP.

Ecart N°6 :

En ne mettant pas à disposition la liste des personnes qualifiées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-5 du CASF.

Ecart N°7 :

En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité de dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF ;

Ecart N°8 :

En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.

Remarque N°1 :

Les attestations de formation des salariés devraient figurer dans les dossiers des professionnels.

Remarque N° 2 :

Les entretiens d'évaluation des professionnels devraient figurer dans le dossier de chaque salarié.

Remarque N°3 :

Le contrat de travail de l'IDEC n'a pas été signé par le représentant du Groupe ORPEA.

Remarque N°4 :

Les informations relatives aux directives anticipées doivent être accessibles aux professionnels administratifs chargés de les mettre en œuvre.

Remarques N°5 :

La charte des droits et libertés de la personne accueillie mériterait un affichage plus lisible et plus accessible aux résidents comme l'impose l'article L 311-4 du CASF.

L'information sur le numéro 7739 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est absente au sein de l'EHPAD.

Remarque N°6 :

Le projet de vie de la personne accueillie doit être accessible aux professionnels non médicaux chargés également de le mettre en œuvre.

Réf : HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

Remarque N°7 :

L'établissement n'organise pas la gestion des suites des évènements indésirables : déclencher une enquête interne, assurer un retour d'information auprès des résidents concernés – et/ou du représentant légal – afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, initier un plan d'action préventives et correctives.

Remarque N°8 :

La mission relève l'existence d'équipements de qualité : appel malade et lits médicalisés. Les résidents interrogés ne connaissent pas leurs fonctionnements et/ou n'ont pas accès à la télécommande (trop éloignée).

Remarque N°9 :

Les temps d'intervention relevés suite à l'utilisation de l'appel malade (soit sur le relevé mensuel, soit constaté in situ) sont supérieurs à 5 minutes dans la moitié des cas.

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 « KLARENNE » situé à Tournan-en-Brie (77 220), qui appartient au groupe ORPEA.

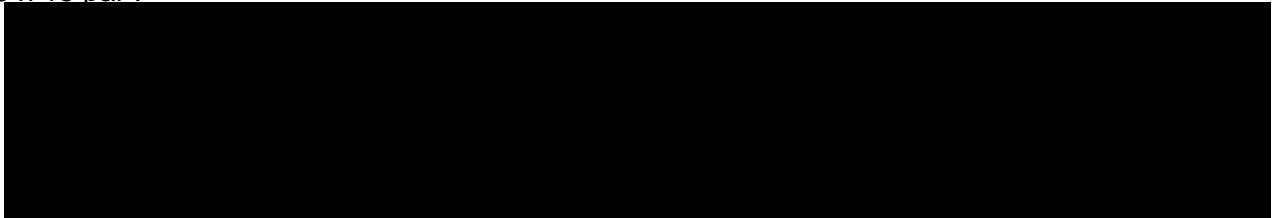
La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

Aussi, la directrice générale de l'ARS a-t-elle diligenté une inspection¹ dans 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), porte prioritairement sur les axes suivants :

- La communication interne avec les résidents et les familles ; les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes ; 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

L'inspection a été effectuée, sur place et de manière inopinée, le 14 février 2022 de 8 h 30 à 18 h 15 par :



La mission d'inspection a fait l'objet d'une lettre de mission datée du 11 février 2022.

L'équipe chargée de l'inspection a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place². Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD « Klarène » à Tournan-en-Brie. Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré le directeur de l'EHPAD, mené des entretiens individuels et des échanges spontanés avec les membres du personnel, une famille, la Présidente du CVS et des résidents³. A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec le directeur.

C) Présentation de l'établissement

Situé au 2 bis boulevard Isaac Pereire 77 220 Tournan-en-Brie, l'EHPAD « Klarène » est géré par le groupe ORPEA dont le siège est situé 12 rue Jean Jaurès 92 813 PUTEAUX Cedex.

Ouvert en 1988 par la SNC BRECHET LIEBERT, l'EHPAD « Klarène » a été repris par le groupe ORPEA en 2010 (Arrêté N°2010/01 en date du 11 mars 2010). Cet établissement

¹ Lettre de mission en annexe 1

² Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 2

³ Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 3

dispose de 87 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour. Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Le CPOM régional est en cours de négociation.

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

Selon [REDACTED], le GMP s'élève [REDACTED] le PMP à [REDACTED]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de [REDACTED] en prenant uniquement en compte les établissements du secteur privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 77 résidents accueillis étaient répartis plus précisément comme suit :

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

Dans les documents transmis, [REDACTED] n'ont pas de référence GIR.

Son budget au titre du soin est d [REDACTED]

Activités (ERRD Annexe activité Avec les absences de moins de 72h)

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

Soins/dépendance (ERRD annexe ETP)

Données EERRD

GMP/PMP validé en 2018	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	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
2019	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ETP réels/prévus	ETP IDE	ETP AS/AMP	ETP MEDco	ETP IDEC	ETP Total
2020	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
2019	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Données financières (ERRD)

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

Résultats

	Soins Prévisionnel	Soins Réalisé	Dépendance prévisionnel	Dépendance Réalisé	Résultat consolidé

L'information n'est pas exigible du fait de la présentation d'un EPRD et ERRD simplifié.

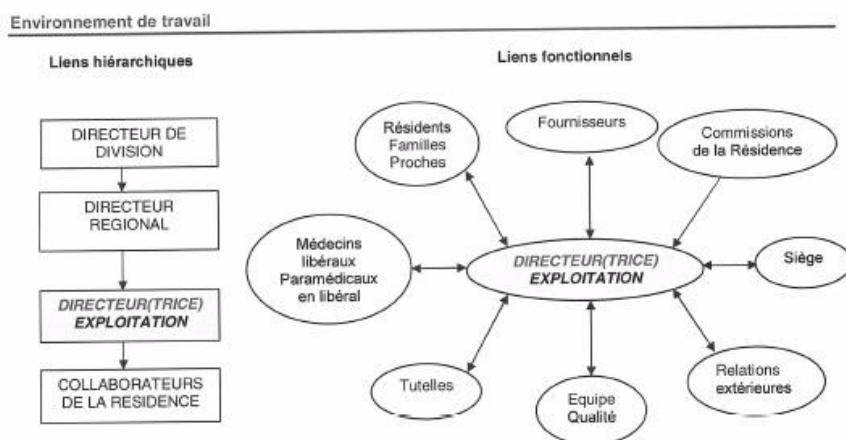
L'établissement a bénéficié de financements de temps supplémentaire de médecin prescripteur à hauteur d' [REDACTED]

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) Cadre institutionnel et gouvernance

Suivant l'organigramme de l'établissement, la direction de l'établissement 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'établissement et de son adjointe, se trouvent outre les personnels techniques et administratifs, les personnels en charge des services de soins dont le Médecin Coordonnateur (MEDco), l'IDEC en charge des infirmiers et des AS/AMP/AES/ASG, les services hôteliers dont la responsable hôtelière en charge des auxiliaires de vie et des agents de service, le service d'animation, la psychologue et la psychomotricienne. Le fonctionnement de l'EHPAD est organisé autour d'un staff de direction réunissant : le directeur, les chefs de pôles (MEDco, l'IDEC, RH, restauration, ...).



A la tête de l'EHPAD Klarène, Mr [REDACTED] directeur d'exploitation, a pris ses fonctions en octobre 2020. Il prend la suite de [REDACTED] ancienne directrice partie à la retraite et rappelée par le groupe afin d'assurer l'intérim suite au départ [REDACTED]. [REDACTED], ce directeur a les qualifications réglementaires requises pour ce poste à l'article D. 312-176-6 du CASF. Il dispose d'une fiche métier intitulée « directeur(trice) exploitation » signée et qui décrit les activités principales du poste (41 activités listées) et d'un document unique de délégation, conformément à l'article D. 312-176-5 CASF, co-signé de l'intéressé et du directeur général du groupe gestionnaire.

L'équipe d'inspection, à son arrivée [REDACTED] a été reçue par [REDACTED] adjointe de direction.

Le dernier projet d'établissement porte sur [REDACTED] réécriture du projet d'établissement prévue en 2019 pour une durée de cinq ans [REDACTED] conformément à l'article L. 311-8 du CASF, n'a pas eu lieu. Le directeur indique à la mission d'inspection qu'un nouveau projet est en cours de rédaction et que la finalisation du projet d'établissement n'a pas pu aboutir du fait des changements de direction successifs et de la crise sanitaire.

Il a été énoncé lors des échanges conduits par la mission que des groupes de travail ont eu lieu en [REDACTED] pour mener à bien l'actualisation de ce projet [REDACTED]. Cette information a notamment été communiquée lors du CVS [REDACTED].

Ecart N°1 :

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

B) La situation des effectifs

Le médecin coordonnateur est recruté à [REDACTED] qui respecte les seuils réglementaires de l'article D. 312-156 du CASF (*un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places*). 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.

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

Les effectifs déclarés le jour de l'inspection sont de [REDACTED] vacataires. Le taux d'absentéisme déclaré est [REDACTED] selon le directeur, la fidélisation du personnel est due à 3 critères : une grille de salaire favorable, prise par le précédent gestionnaire et maintenue lors de la reprise par le groupe ORPEA, le fort sentiment d'appartenance et le confort de vie lié à la proximité de leur domicile. Les salariés auditionnés confirment ces propos.

En cas d'absence imprévue, le directeur dispose d'une liste de vacataires établie par le groupe Orpea.

Le tableau des ETP transmis dans l'ERRD 2020 (annexe 6) ne fait pas état des postes de direction, ni des ETP administratifs.

Les fiches de paies transmises reprennent : le poste de Directeur, adjoint de direction, une secrétaire, le médecin coordinateur, IDE, AMP, AS, Agent de service, Auxiliaire de vie, Psychologue, Psychomotricienne, Agent de maintenance, Agent hôtelier, Plongeur.

Tableau des ETP du mois de Janvier 2022 :

POSTE	NOMBRE ETP
Administration direction	[REDACTED]
Animation	[REDACTED]
Homme entretien	[REDACTED]
Cuisine	[REDACTED]
Psychologue	[REDACTED]
Auxiliaires de vie	[REDACTED]
AS AMP	[REDACTED]
IDE	[REDACTED]
Psychomotricienne	[REDACTED]
Médecin coordinateur	[REDACTED]
médecin prescripteur	[REDACTED]
TOTAL ETP	[REDACTED]

Données RH (ANAP 2020)

	Taux d'absentéisme	Taux de rotation des
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Plan de formation : Le plan de formation a été remplacé par la liste des formations réalisées en [REDACTED]

Pour [REDACTED] formations effectuées sont :

- Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer
- Prévention des risques suicidaires
- Toilette relationnel - Alzheimer ou maladies apparentées
- Animer des groupes de relaxation
- Complément formation : Effets désorganisant crise COVID et prévention RPS
- Personnel de cuisine : Santé Sécurité au Travail

- Gestion du stress liée à la PEC du patient/résident
- Journée de recyclage PRAP2S tous les 2 ans
- Gout et saveurs des plats
- Communiquer avec les familles et gérer les conflits
- Accompagnement HAPA (coaching)
- Comprendre la psychologie des familles et les accompagner
- Prévention risques liés à l'activité physique Sanitaire et Social (PRAP2S)
- Responsable hôtelier.

Pour [REDACTED] formations effectuées sont :

- Maltraitance
- Gestes d'urgences et soins Niveau 2
- Bases HACCP serveur plongeur
- Prise en charge de la douleur
- Référent Bientraitance
- Circuit du médicament.

C) L'organisation du travail

Le rythme de travail est de [REDACTED] de pause (temps de pause : [REDACTED]).

Quelque soit le nombre de résidents, le directeur déclare ne pas adapter ses effectifs au nombre de résidents présents et maintenir ses effectifs au plus haut. Ainsi le jour de la visite, il y avait [REDACTED] résidents pour une capacité totale de 87 places.

Le déroulé de la journée est cadré dans les fiches heurées et adapté par type de fonctions (AS, AV...).

L'affectation des personnels est ajustée au regard des besoins des résidents. Ainsi un résident requérant une aide à la toilette plus importante est accompagné par 2 membres du personnel.

Accueil des nouveaux salariés et tenue des dossiers RH

Des procédures sont écrites concernant le recrutement de tout salarié et notamment les pièces obligatoires à fournir. A l'embauche, des documents sont remis à chaque salarié et une attestation signée justifiant de cette transmission est classée dans le dossier du salarié.

L'étude de [REDACTED] dossiers de salariés par la mission a mis en évidence pour l'un d'entre eux l'absence d'attestations de formation bien que le salarié ait suivi une formation de prévention contre la maltraitance le [REDACTED].

Par ailleurs, il a été constaté que les entretiens annuels d'évaluation des salariés ne figurent pas dans leurs dossiers. Le directeur de l'établissement a précisé qu'un classeur regroupant l'ensemble des évaluations des salariés lui garantissait un meilleur suivi.

La traçabilité du pass sanitaire/vaccinal du personnel est mal suivi. Un tableau fourni par la structure est incomplet : manque du personnel dont le directeur et des informations relatives

Ecart N°2 :

En n'ayant pas organisé la traçabilité et le 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 ».

Remarque N°1 :

Les attestations de formation des salariés devraient figurer dans les dossiers de ces mêmes salariés.

Remarque N°2 : Les entretiens d'évaluation des salariés devraient figurer dans le dossier de chaque salarié.

Remarque N°3 :

Le contrat de travail de l'IDEC n'a pas été signé par un représentant du Groupe ORPEA.

L'établissement accueille également des élèves stagiaires ; celles-ci sont placées sous le tutorat de l'IDEC.

Les agents rencontrés par la mission, interrogés sur la qualité de vie au travail (QVT) se disent globalement satisfaits.

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					
-Le jour J ⁶ , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i>	O O O O			A l'arrivée de l'équipe d'inspection [REDACTED] n'était pas encore arrivé. L'équipe a été reçue par l'adjointe de direction, [REDACTED] Oui, le remplacement du directeur est formalisé et connu des équipes, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	O O			Equipe conforme au D. 312-155-0 II11 du CASF/ [REDACTED] ETP (recrutée le [REDACTED] diplômes et spécialité en gériatrie [REDACTED] et inscription OM conforme.	D. 312-155-0 II11 du CASF D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-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 ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ? -Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ⁷ et dossier RH type, remise de documents : RF...	O		R	[REDACTED] ETP ; IDE recrutée dans l'établissement en [REDACTED] Le contrat de travail a été signé par l'IDEC mais n'est pas signé par le groupe. Une IDE toujours présente en journée. Pour la nuit une astreinte paramédicale est assurée par le groupe ORPEA.	
-Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail.	O O O		R	Réunion OG/Direction mensuelle. Non évalué. Equipe de directions (STAAF direction avec les référents de chaque pole) : hebdomadaire Plannings des réunions existants. Procédure écrite présente : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents.	
				A noter que [REDACTED] dossiers de salariés consultés [REDACTED], les [REDACTED] (alors que le salarié a suivi une formation de prévention contre la maltraitance 15.12.2021).	

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

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.
Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés					
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?				Pas abordé.	

2. LA SITUATION DES EFFECTIFS					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	O			existence du logiciel.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	O			Oui. Contrôle par pointage basé sur le planning.	
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?					
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning	O			1 salarié remplacée (absence de courte durée).	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?	O			La structure dispose d'une liste de remplaçants, après pointage, appel aux remplaçants, mais pas toujours réactifs pour le jour J.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	O			[REDACTED]	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?	O				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 heurees pour les personnels de jour ? de nuit ?	O		O	Oui Oui, il existe une fiche heuree en fonction des secteurs.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? Entretiens avec le directeur/le DRH	O			Oui, dans les dossiers consultés sur place. Entretien avec le directeur.	
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 ?	O			Oui, les planning sont ajustés en fonctions de la lourdeur des résidents.	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?				[REDACTED] oncées durant les entretiens, de plus, les fiches heurees prévoient bien ce chevauchement pour les transmissions orales.	
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) ?	O	O		La transmission est tracée dans un logiciel (à noter la nuit du passage de l'équipe d'inspection, un événement indésirable grave : personne déambulante ayant violenté un autre résident dans sa chambre).	

⁸ 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

Le jour de l'inspection, 77 résidents étaient présents dans la structure. Une nouvelle admission était prévue en journée.

Le profil des résidents :

Parmi les résidents, on dénombre 16 hommes pour 61 femmes.

La moyenne d'âge à l'EHPAD est de 89 ans. Le plus jeune résident a 70 ans et le plus âgé a 100 ans.

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Nombre de résidents					
EHPAD					
IDF	18%	40%	18%	17%	7%

Dans les documents transmis, 2 résidents, dont 1 hospitalisé n'ont pas de référence GIR.

Soins/dépendance (ERRD annexe ETP)

Données ERRD

GMP/PMP validé en 2018	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)

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

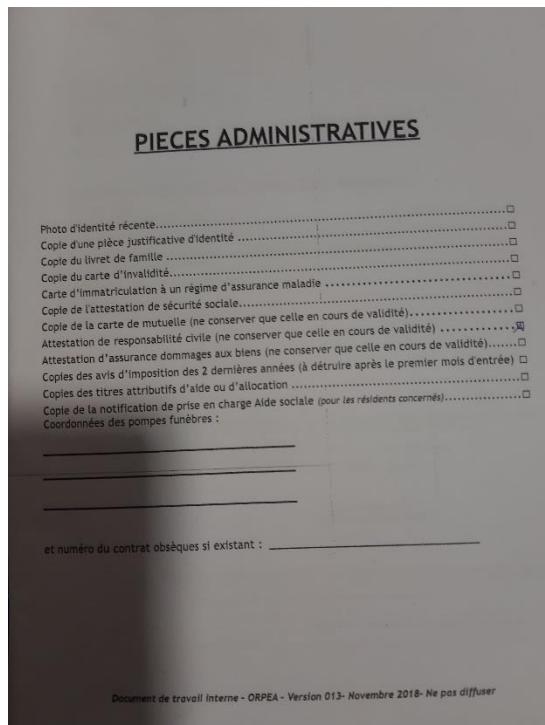
Pour l'admission de nouveaux résidents, une visite est organisée par le Directeur. Un avis médical est rendu par le médecin coordonnateur. Un contrat de séjour est établi et présenté au résident et/ou la famille, puis signé si accord.

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

La consultation de deux dossiers « résident », a mis en évidence les non-conformités suivantes :

- pour l'un d'entre eux, l'absence de désignation d'une personne de confiance ;
- un contrat de séjour obsolète, et notamment sur la partie « résiliation du contrat », dont la rédaction est non-conforme ;
- pour les deux dossiers, l'absence de récépissé de l'arrêté de désignation des personnes qualifiées, annexe du contrat de séjour de la personne.

L'organisation du contenu de ces dossiers s'appuie sur une « *check List* » établissant leur composition. Chaque dossier comprend le contrat de séjour et ses annexes, une sous-chemise pour le livret d'accueil et ses annexes, une sous-chemise dédiée à la phase de préadmission, une sous-chemise pour l'admission, une sous-chemise contenant les autorisations, une sous-chemise avec les pièces administratives, une sous-chemise pour les éventuelles mesures de protection juridique des résidents et enfin une dernière sous-chemise contenant les échanges avec le résident, sa famille ou son représentant légal.



Les annexes au livret d'accueil sont constituées du règlement de fonctionnement, de la charte des droits et libertés de la personne, notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance ainsi que les divers formulaires d'autorisation. Il ne fait aucune mention de référence aux personnes qualifiées. Après échanges avec le Directeur, celui-ci nous a confirmé méconnaître ce dispositif.

Les dossiers sont globalement bien structurés et complets. L'échantillon contrôlé a permis de constater que les contrats de séjour sont systématiquement insérés et signés par le résident ou son représentant légal ou accompagnant. La partie facultative de ce formulaire concernant les directives anticipées est le plus souvent non renseignée.

Le rapport annuel d'activité médical (RAAM) 2020 indique que seulement [redacted] attestations de désignation de personne de confiance avaient été obtenues. Le rapport précise que ce point est à améliorer.

Ecart N°3 :

En n'actualisant pas les modalités de résiliation du contrat de séjour, l'établissement contrevient à l'article L. 311-4-1.

Ecart N°4 :

En ne joignant pas la liste des personnes qualifiées au contrat de séjour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-5 du CASF.

Remarque N°4 :

Les informations relatives aux directives anticipées doivent être accessibles aux professionnels administratifs chargés de les mettre en œuvre.

D) La communication avec les familles et le CVS

Accès aux informations réglementaires :

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 de la personne accueillie est disponible sur un tourniquet posé sur le comptoir dans le hall d'accueil de l'EHPAD, mais mériterait une meilleure lisibilité conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Le règlement intérieur précisant les mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes est également présenté sur le tourniquet et les tarifs pratiqués par l'établissement sont affichés au même endroit.

Les résidents interrogés ne connaissent pas le contenu de ce tourniquet.

La liste des personnes qualifiées définie à l'article L. 311-5 du CASF est cependant absente ainsi que les informations relatives aux n°tél 3977/ALMA.

Ecart N°5

L'attestation de désignation d'une personne de confiance est une pièce obligatoire du dossier résident conformément à l'article D. 311-5-1 du CASF et à l'article L. 1111-6 du CSP.

Ecart N°6 :

En ne mettant pas à disposition la liste des personnes qualifiées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-5 du CASF.

Remarques N°5

La charte des droits et libertés de la personne accueillie mériterait un affichage plus lisible et plus accessible aux résidents comme l'impose l'article L 311-4 du CASF.

L'information sur le numéro 7739 et des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est absente au sein de l'EHPAD.

Concernant les projets de vie (dit personnalisés), la psychologue indique que les projets sont actuellement évalués tous les ans. Les équipes et parfois les familles sollicitent la psychologue directement en cas de besoin afin de faire évoluer celui-ci. Il est précisé à la mission qu'ils comportent un projet de soins.

Les projets de vie⁹ ne figurent pas non plus dans les dossiers administratifs des résidents. Dans la mesure où ces projets de vie contiennent des éléments relatifs à la prise en charge médicale, médico-sociale et paramédicale, ils sont intégrés dans les dossiers de soin enregistré sur le logiciel NETSOINS®.

Le projet de vie du résident doit certes comporter un volet soins mais qui ne doit pas intégrer le plan de soins ou des informations relevant du secret médical mais bien être intégré dans les dossiers administratifs, afin d'être accessibles y compris aux professionnels non médicaux.

Remarque N°6 :

Le projet de vie de la personne accueillie doit être accessible aux professionnels non médicaux chargés également de le mettre en œuvre.

Réf : HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

Les modes de communication de l'EHPAD

Un cahier de suggestions est disponible à l'accueil de l'établissement. Le jour de l'inspection, ce cahier est sur le comptoir de l'accueil, accessible librement aux résidents et/ou aux familles. Ce cahier est vide.

Le directeur indique que les échanges sont plutôt de type :

- Échanges oraux,
- Échanges par mail,
- La Gazette (bulletin mensuel)
- Via le CVS

Dans le cadre de l'inspection, la Présidente du CVS a été auditionnée. Depuis [REDACTED] dans l'EHPAD, et Présidente [REDACTED] rencontré les résidents afin de préparer le CVS de [REDACTED]. Le compte-rendu de ce dernier ne trace pas le résultat de ces rencontres [REDACTED] indique qu'il est difficile de recueillir la parole des usagers, soit par incapacité à s'exprimer de ces derniers, soit par « crainte des suites ». [REDACTED] souligne l'accessibilité du Directeur.

Selon [REDACTED] les petits déjeuners sont suffisants et pour les repas, il est souhaité plus de viande rôtie que de viande en sauce. Dans l'ensemble, elle considère qu'il y a une bonne prise en charge (repas, propreté de la chambre, hygiène). En cas d'appel, il peut y avoir une réactivité un peu longue. Elle estime globalement qu'il n'y a pas de difficulté particulière.

La mission d'inspection a par ailleurs rencontré plusieurs résidents. Ils n'ont pas signalé de difficultés particulières par rapport à leurs conditions de vie et d'hébergement si ce n'est le manque de réactivité des équipes lors des appels malades. Nous avons constaté lors de la visite qu'un usager appelait (depuis plus de 5 min) pour obtenir une aide pour boire sa boisson du petit déjeuner (Voir commentaire tableau page 33 sur l'historique des appels).

La fille d'une résidente s'est présentée spontanément à la mission. Elle a mentionné le bon fonctionnement de l'établissement, la disponibilité du Directeur.

A noter que le Directeur a adressé un courriel suite à la médiatisation consécutive à la parution du livre « Les Fossoyeurs » (annexe 4).

⁹Référence : article D. 312-155-0, 3° du CASF : Les EHPAD « (...) mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillie.»

E) La gestion des réclamations et des évènements indésirables¹⁰

Les derniers EIG/ réclamations recensés par l'ARS sont au nombre de █ dont le dernier date de █

Nombre de réclamations 2016/2021	Thèmes des réclamations
█	<p>Litig █</p> <p>Manque de personnel la nuit et le jour, refus d'accompagnement aux toilettes, manque de surveillance, qualité des repas, aucun accompagnement pour les repas, manque de matériel, soins bâcle █</p> <p>Manque de personnel, de matériel, hygiène (matériel et locaux sales), manque de surveillance █</p> <p>Dysfonctionnements multiple █</p>

Sur place la mission a constaté que les réclamations écrites sont rangées dans un classeur, conservé dans le bureau du Directeur. Elles ne sont pas archivées systématiquement ni référencées, ni tracées, et les réponses ne sont pas conservées. Les réclamations orales ne sont pas retranscrites.

Une procédure écrite est rédigée par le siège █ sur le signalement des évènements indésirables, 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. Elle décrit également le protocole pour le suivi et le traitement des évènements indésirables graves (EIG et EIGS).

Le protocole de signalement d'un évènement indésirable grave et d'un évènement indésirable grave associé à des soins décrit la conduite à tenir. Les annexes visées dans la fiche ne sont pas jointes à la procédure transmise.

Les fiches de déclaration des évènements indésirables (FEI) sont connues. Pour autant, elles sont peu utilisées aux dires des professionnels entendus, qui effectuent peu de déclarations et ne connaissent pas les suites données à ces déclarations. Les personnels entendus associent les EI aux seules chutes des résidents, qui sont effectivement répertoriées dans le système d'information NETSOINS® ou aux incidents provoqués par une tierce personne.

Au cours de la visite, la mission a pu constater dans le logiciel d'enregistrement des transmissions, un évènement indésirable grave durant la █ lié au comportement violent d'un résident envers en autre. L'IDE indique qu'il s'agirait d'un évènement récurrent █. Or ce type d'agissement doit faire l'objet d'une déclaration aux autorités de tarification et de contrôles. En outre, le bilan annuel des EIG n'a pas été présenté en CVS au cours de █ (contenu absent des 3 comptes rendus de 2021).

¹⁰ Références : articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 du CASF, articles L. 1413-14 et R. 1413-68 du CSP ; infections associées aux soins (IAS) : articles L. 1413-14 et R. 1413-79 du CSP.

Ecart N° 7 :

En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.

Ecart N°8 :

En ne présentant pas de bilan des évènements indésirables au Conseil de la vie sociale, l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.

Remarque N 7:

L'établissement n'organise pas la gestion des suites des évènements indésirables : déclencher une enquête interne, assurer un retour d'information auprès des résidents concernés – et/ou du représentant légal – afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, initier un plan d'action préventives et correctives.

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 ?	O				L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	O				
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) ?					
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?				Non évalué	
2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					
Admission : procédure écrite ? /	O / O			Avant l'admission, une visite du résident et/ou de sa famille est organisée. Le dossier médical est présenté au MEDco pour avis. En cas d'accord, le contrat de séjour est signé par le directeur, le résident et/ou son représentant légal.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Avis pluridisciplinaire ?					
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 ? Cf. Dossiers des résidents		NC	E	Deux dossiers ont été consultés (admission en 2011 et en 01/2022) Dossier 2011 : RF, OK ; LA, absent ; Charte des DL : Oui ; consentement éclairé et directives anticipées non, PC non ; personne à contacter en cas d'urgence non, aucune mesure sur liberté d'aller et venir ; absence d'arrêté des PQ) / Contrat de séjour à réactualiser avec les droits des usagers et plus particulièrement le paragraphe « clauses de résiliation du contrat », qui ne respecte pas l'article L. 311-4-1 Dossier 01/2022 : RF ok ; LA absent ; PC oui ; aucune mesure sur liberté d'aller et venir ; absence d'arrêté des PQ	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 ¹¹
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes alitées de préférence ou déambulantes.	O			Le PPV est rédigé par la psychologue en lien avec les équipes (MEDco, IDEC, ...) et le résident et/ou sa famille/son Représentant légal Réactualisé annuellement ou en cas d'évolution de la situation du résident	Article L. 311-3 du CASF Article D.312-155-031 du CASF ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 ¹²
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?	O			De nombreux supports sont utilisés : Mails, Gazette, affichage de Photos sur les animations.... Le maintien des liens pendant la crise Covid n'a pas été évalué	

¹¹ HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

¹² 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.
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				Non évalué	

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>			R	Modalités d'échanges principalement par mail et oraux, adressées au directeur. Pas de traçabilité des échanges sur les réponses (notamment oraux), les mails sont rangés dans un classeur (mais pas systématique et souvent sans la réponse apportée) ; les échanges courriers et mails relatifs à chaque résident sont également classés dans le dossier du résident.	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			2 CVS ont été tenus en 2021. Les informations du directeur portent sur la gestion du Covid au sein de l'EHPAD, les travaux à venir, le projet d'établissement, la vaccination contre la grippe, enquête de satisfaction, la restauration, La Présidente a été auditionnée par la mission d'inspection.	D. 311-4 à 20

4. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE					
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ?				Non évalué	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ¹³
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 ?				Deux référents « Bientraitance » (formés en novembre 2021) veille à la mise en place d'action et d'information sur la prévention de la maltraitance.	
Affichage liste des PQ, n°tél 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?		NC	E	La liste des personnes qualifiées définie à l'article L. 311-5 du CASF est absente ainsi que les informations relatives aux n°tél 3977/ALMA.	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		Non formalisé bien qu'il existe un classeur qui enregistre les réclamations,	
Les réclamations font elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)		N		Pas forcément et pas distinction entre réclamations et signalements.	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	O		E	Le protocole de signalement d'un évènement indésirable grave et d'un évènement indésirable grave associé à des soins décrit la conduite à tenir. Les annexes visées dans la fiche ne sont pas jointes à la procédure transmise. Au cours de la visite la mission a pu constater dans le logiciel d'enregistrement des transmissions, un évènement indésirable grave durant la nuit du [REDACTED] lié au comportement violent d'un résident envers un autre. L'IDE semblait indiquer qu'il s'agissait d'un évènement récurrent de la part de ce résident. Or ce type d'agissement doit faire l'objet d'une déclaration aux ATC. En outre, le bilan	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016

¹³ 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

			annuel des EIG n'est pas été présenté en CVS au cours de l'année 2021 (contenu absent des 3 compte-rendu de 2021).	
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 ?	N			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		L'EHPAD a formé deux référents Bientraitance chargés de veiller à la bonne organisation en lien avec la fiche procédure « La bientraitance en EHPAD » élaborée par le siège d'ORPEA (écoute et aide, veille des pratiques professionnelles, anime des mini formations, organise des réflexions sur l'éthique, participe à l'élaboration du projet d'établissement, analyse en réunion staff les plans d'actions menés, complète le registre bientraitance)	

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 ouvert en 1988 est sur deux étages. Il est en bon état apparent. Il est accessible par un accès sécurisé portail et un sas d'entrée qui donne sur un hall d'entrée cathédrale.



Une famille nous a signalé lors de la visite le mauvais état des revêtements extérieurs qui sont sources de chutes pour les résidents.



Le bâtiment est composé d'un rez-de-chaussée et d'un étage ¹⁴. Les locaux sont lumineux et accessibles aux personnes à mobilité réduites (PMR). Les espaces de convivialité et le mobilier est neuf et adapté.

¹⁴ cf plan (annexe 5)

Les chambres sont restaurées par rotation (selon le directeur : environ 5 chambres par années).

Au rez de chaussée se trouvent :

- [REDACTED] de restauration collective ;
- une partie comprenant [REDACTED] chambres réparties en [REDACTED] de [REDACTED] de l'annexe poste des soins en situation centrale et une salle de repos pour le personnel ;
- une partie administratives composées des bureaux (secrétariat, direction, psychologue,..), de la cuisine, d'un local de stockage du linge sale,....

Au 1^{er} étage se trouvent :

- Mezzanine lumineuse accueillant un salon de repos ;
- Une partie de [REDACTED] réparties en [REDACTED] de [REDACTED] le poste des soins en situation centrale, une lingerie, un local de stockage des changes, espace salon (pour petit-déjeuner).

Les locaux sont propres. De la musique relaxante est émise dans le hall d'entrée, et les parties communes. Les sols sont tous en lino. Les pièces à usage des professionnels possèdent un digicode.

Un ascenseur dessert le premier étage de l'EHPAD.

Le lieu de stockage des DASRI est situé au Premier étage, à proximité du local de soin. Il est cependant trop petit et les cartons s'empilent.



Les chambres sont toutes individuelles (certaines peuvent communiquer). Elles sont équipées d'une salle d'eau/WC individuel, d'un appel malades, rail,

Les douches sont accessibles et équipées de barres d'appui. Chez certains résidents, les fauteuils de douches et ou lève-malades sont stockés dans la salle d'eau.

Les chambres sont spacieuses et claires ; les lits sont équipés d'un appel malade, qui a été testé par la mission (temps de réponse plus de 5 minutes ce jour-là). Il a été constaté dans les chambres visitées que les appels malades n'étaient pas à proximité du résident (peu ou pas accessible).

L'édition de l'historique transmis par l'EHPAD sur la journée du [REDACTED] dénombré [REDACTED], dont [REDACTED] appels ont pour délai d'intervention plus de 5 min (1 [REDACTED]). Après étude des relevés des mois de décembre 2021 et janvier 2022, la mission constate des délais d'interventions similaires à ceux de cette journée.

Tout le personnel est équipé d'un téléphone portable relié à l'alerte, centralisé au poste de soin (un par étage, poste central au 1^{er} étage).

Les résidents visités le jour de l'inspection n'ont pas accès à la télécommande permettant de faire fonctionner les lits médicalisés et ne connaissent pas les possibilités offertes par ceux-là.

Remarque N°8 :

La mission relève l'existence d'équipements de qualité : appel malade et lits médicalisés. Les résidents visités ne connaissent pas leurs fonctionnements et/ou n'ont pas accès à la télécommande (trop éloignée)

Remarque N°9 :

Les temps d'intervention relevés suite à l'utilisation de l'appel malade (soit sur le relevé mensuel, soit constaté *in situ*) sont supérieurs à 5 minutes dans la moitié des cas.

La restauration

Les cuisines et les frigos sont propres, les aliments respectent les dates de péremption. A noter cependant que la cheffe avait été prévenue de notre arrivée.

Les menus de la semaine étaient affichés dans le hall d'entrée entre les deux salles à manger et lisibles. Les repas se composent d'une entrée, d'un plat, fromage et dessert.

Deux grandes salles à manger communes au rez-de-chaussée accueillent les résidents pour les repas en fonction de leur besoin (une pour les personnes nécessitant une aide au repas et une pour les personnes plus autonomes).

Les horaires de restauration sont les suivants :

- 8h00 : petit-déjeuner
- 12h30 : repas du midi soit en SAM (2 distinctes une pour les autonomes et la seconde pour ceux qui requièrent de l'aide au repas), soit en chambre (occasionnel)
- 16h00 : goûter
- 18h30 : dîner (même organisation que pour le déjeuner)

Une collation est possible sur demande la nuit (occasionnelle).

Les petit-déjeuner sont servis systématiquement en chambre.

Les repas sont confectionnés sur place dans le respect des régimes alimentaires. Les menus sont proposés en cycle de 5 semaines et élaborés par une diététicienne au siège (selon la nouvelle cheffe de cuisine recrutée il y a une semaine).

Les repas du midi et du soir sont servis à l'assiette, deux agents font le service, semblant offrir une surveillance continue des résidents. Les habitudes des résidents sont connues (vin, sortes de pain, ...).

L'aide au repas et les déplacements des résidents sont effectués par quelques soignants. A noter que les résidents ont fait remarquer à la mission que les assiettes étaient bien mieux présentées depuis ce lundi, sans doute en raison de l'arrivée récente de la nouvelle cheffe.

Les résidents grabataires ou ponctuellement fatigués peuvent prendre leur repas en chambre. L'aide au repas est assuré par les soignants. L'administration des médicaments est réalisée par les IDE¹⁵.

Les animations

Les animations de la semaine étaient affichés et lisibles.

Elles peuvent se dérouler en chambre ou dans une des salles à manger. Sont prévues une animation le matin et une l'après-midi. Certains résidents rencontrés se plaignent d'un manque d'animation.



B) Les achats de consommables

Le suivi des stocks et les factures [redacted] des protections contre l'incontinence ont été remis à la mission d'inspection. Le Rapport annuel d'activité médical [redacted] (RAAM) indique que [redacted] des résidents sont incontinents. Un tableau recensant les besoins journalier et nuit par résident est affiché dans le local de stockage.

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

Les résidents bénéficient de lits médicalisés, voire type Alzheimer, pas de connaissances d'un matelas anti-escarre. Les résidents visités n'ont pas accès à la TLC du lit et ne savent pas s'en servir.

¹⁵ Cf. article R. 4311-4 du CSP

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			Oui Nous avons constaté le bon état général des systèmes facilitant l'accessibilité (barre d'appui, barrières de lit, mains courantes pour sécuriser les déplacements dans les couloirs des personnes...) L'entrée dispose d'un SAS de sécurité. Les locaux liés aux soins, aux DASRI, ...sont sécurisée par un code d'accès.	L. 311-3, CASF HAS 2011 ¹⁶
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 état constaté Les petits travaux sont consignés dans un cahier à l'accueil. Concernant les DASRI, l'EHPAD possède une convention avec la [REDACTED] en date du 6/08/2012 pour un ramassage hebdomadaire.	
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			Linge plat : société ELIS Vêtements des résidents : [REDACTED] au famille ou la structure en cas de besoin Procédure des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé existante	
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 N			[REDACTED] avec des personnes autonomes et non autonomes. Toilettes journalières répondent aux habitudes des personnes et s'adapte à la dépendance du résident.	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 ?	O			Les horaires de restauration sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • 8h00 : petit-déjeuner • 12h30 : repas du midi soit en SAM (2 distinctes une pour les autonomes et la seconde pour ceux qui requièrent de l'aide au repas), soit en chambre (occasional) • 16h00 : goûter • 18h30 : dîner (même organisation que pour le déjeuner) Soit une durée de jeûne de 13 heures	Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS ¹⁷

¹⁶ 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

¹⁷ 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)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Fonctionnement des appels malades (AM), 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 ?	O		R	Les Appels Malades ne sont pas accessibles pour les résidents visités, le temps d'intervention a dépassé les 5mn (test de la mission). Tout le personnel est équipé d'un téléphone portable relié à l'alerte, centralisé au poste de soin (un par étage, poste central au 1er étage).	
2. LES ACHATS DE CONSOMMABLES					
Achats de protections contre l'incontinence , nb d'unités achetées en 2019 et en 2021 (factures) ?				Le suivi des stocks et les factures [redacted] ont été remis à la mission d'inspection. Le Rapport annuel d'activité médical [redacted] (RAAM) indique que [redacted] des résidents sont incontinents.	
Quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?	O			Un tableau recensant les besoins journalier et nuit par résident est affiché dans le local de stockage.	
3. L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE					
Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (mémoire de forme ou à air) en 2019 et en 2021 ?	O				
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 dae de formation				Salle de rééducation, masseur kiné [redacted] dans l'EHPAD	

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD « Klarène » situé à Tournan en Brie géré par ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 14 février 2022.

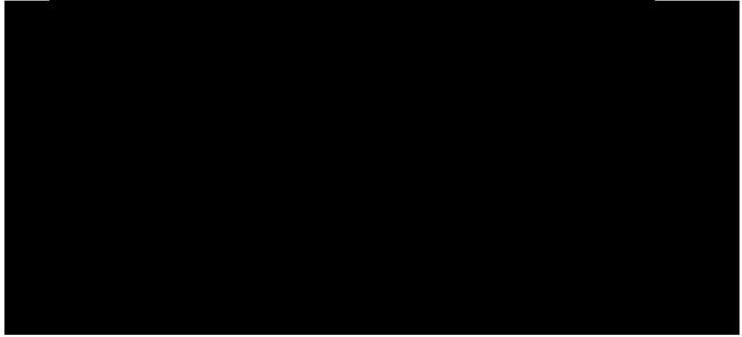
La mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements en matière :

- de modalité d'accueil et d'accompagnement des résidents ;
- de la gestion des réclamations et des évènements indésirables graves ;
- de gestion des ressources humaines (conformité des dossiers professionnels) ;

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 février 2022

L'inspectrice



GLOSSAIRE

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

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettres de mission des agents de l'Agence Régionale de Santé

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

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

Annexe 4 : Lettre d'information du directeur suite sortie du livre « Les Fossoyeurs »

Annexe 5 : Plan des locaux

Annexe 6 : Tableau des ETP

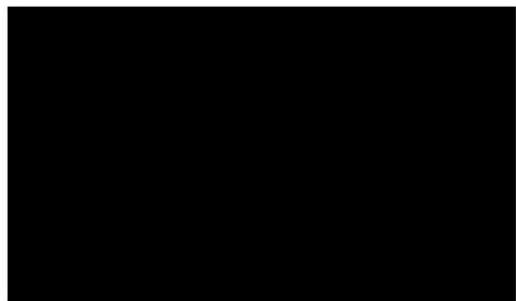
Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale
De Seine-et-Marne

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]



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 ciblés, 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 Klarène, situé 2 bis boulevard Isaac Pereire, 77220 Tournan-en-Brie (FINESS n° 770814044) 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 14 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
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² 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.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de ~~une~~ 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 quelques 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 ».

² Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

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

A l'arrivée :

Nature du document demandé
Liste des professionnels (soignants, administratifs et techniques) présents et absents ce jour avec qualité et affectation) ;
Plannings des professionnels (soignants, administratifs (+ astreinte) et techniques) : équipes de nuit du [REDACTED] [REDACTED] légendé (explication des codes couleurs et/ou abréviations) – dont vacataires/intérimaires ;
Liste nominative des résidents présents ce jour avec affectation, date de naissance ou âge, date d'entrée et niveau de dépendance ;
Planning de la semaine actuelle des activités des résidents ;
Menus de la semaine pour les résidents ;
Plan des locaux
Liste des professionnels (soignants, administratifs et techniques) présents et absents ce jour avec qualité et affectation) ;
Plannings des professionnels (soignants, administratifs (+ astreinte) et techniques) : équipes de nuit du 13/02 et 14/02 et équipe de jour du 14/02, légendé (explication des codes couleurs et/ou abréviations) – dont vacataires/intérimaires ;

- Avant le départ de l'équipe d'inspection sur clé :

Nature du document demandé
Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Fiche de poste du médecin coordonnateur et de l'IDEC
Fiche de poste type des ASH, AMP, AS, cadre administratif
Planning des comités de directions
Liste des instances et de leurs membres
Copie du tableau de vérification de l'obligation vaccinale anti-covid des professionnels et document désignant la personne chargée des contrôles au sein de l'EHPAD
Consultation sur place de l'extrait de casier judiciaire pour le directeur, le MEDco et l'IDEC + consultation d'1 ou 2 dossiers agents.

	Planning du mois de janvier des professionnels- (soignants, administratifs et techniques)
	Planning de la semaine précédente des activités des résidents,
	Menus de la semaine précédente pour les résidents ;
	Nombre de résidents nécessitant un change
	Document de suivi des stocks de changes et les factures de change 2021
	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, contrat de travail
	Qualification et diplôme du médecin coordonnateur, contrat de travail
	Qualification et diplôme de l'IDEC, CV, , contrat de travail
	Rapport dernière visite de la commission de sécurité
	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)
	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)
	Calendrier des astreintes de direction du 1er semestre 2022
	Projet d'établissement, Projet de soins et trame d'un Projet de vie individualisé, contrat de séjour, règlement intérieur
	Organigramme général détaillé de l'établissement
	Listes nominatives des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf)
	Protocole de signalement des évènements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)
	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant
	Plannings des équipes de soins jour/nuit
	Plan de formation [REDACTED] attestations des formations suivies
	Liste des médecins traitants
	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)
	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
	Conventions de collaboration du médecin coordonnateur avec EMG, réseaux de soins palliatifs et HAD et psychiatrie

Contrat(s) des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD
Contrat/convention avec pharmacien d'officine pour la délivrance des médicaments
Rapport d'activité médicale annuel, rapport de la commission gériatrique annuelle
Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)
Plan Bleu
Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché
Les fiches de tâches heurées des IDE/AS/AMP/Auxiliaires de vie/ASH
Les conventions de stage des stagiaires (élèves, étudiants, contrats de professionnalisation ...) présents sur le mois de février 2022
Copie des registres des délégués du personnel
Copie des bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD en janvier 2022
Le récapitulatif des événements indésirables recensés en [REDACTED] en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD
Tableau des ETP du mo [REDACTED]
Comptes rendu des 3 derniers conseils de la vie sociale
Planning des CODIR [REDACTED] [REDACTED]
Planning des CODIR Siège OG [REDACTED] [REDACTED]
Planning des AG du personnel réalisées [REDACTED] [REDACTED]
Procédure de prise de poste pour les nouveaux agents et les intérimaires
La liste des personnels intérimaires et la durée de l'intérim Contrats des intérimaires [REDACTED]
[REDACTED]
Taux d'absentéisme par catégorie [REDACTED]
En ETP, temps de présence effective du médecin coordonnateur

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

(le jour de la visite sur site et/ou le lendemain par RDV téléphonique)

- Le directeur de l'EHPAD : entretien
- Le médecin coordonnateur : rencontré lors de la visite
- L'infirmière coordonnatrice : entretien
- 2 infirmiers : rencontré lors de la visite
- Le psychologue : entretien
- [REDACTED] rencontré lors de la visite
- [REDACTED] rencontrés lors de la visite
- [REDACTED] rencontrés lors de la visite
- Agent de service : entretien
- [REDACTED] rencontrés lors de la visite
- La présidente du CVS : entretien
- Une famille : rencontrés lors de la visite

Annexe 4 : Lettre d'information du directeur suite à la sortie du livre « Les Fossoyeurs »



Puteaux, le 26 janvier 2022.

Chers Résidents, Chères Familles,

Vous avez certainement été troublés voire inquiétés par ce que vous avez pu lire ou entendre dans les médias ces dernières heures à propos d'un livre qui vient de paraître, dirigé contre le groupe ORPEA.

Nous souhaitons tout d'abord profondément remercier toutes celles et tous ceux d'entre vous qui ont manifesté leur soutien et leur sympathie à l'égard des collaborateurs.

Nous ressentons en effet une grande injustice. Nos Directeurs et leurs équipes accomplissent quotidiennement un travail admirable en donnant le meilleur d'elles-mêmes à votre service, à vous qui nous faites confiance.

Vous connaissez leur engagement à prendre soin de vos proches, à les accompagner, à animer le quotidien d'attentions et d'activités adaptées ; vous savez donc que l'image que tente de véhiculer ce livre est très éloignée de la réalité du quotidien que vous partagez avec eux au sein de notre Etablissement.

Il nous est prêté dans ce livre des intentions qui ne sont pas les nôtres que nous contestons formellement et qui ne correspondent ni à nos valeurs ni à nos engagements.

Vous savez que les EHPAD sont particulièrement réglementés et contrôlés par les autorités, ce qui est bien normal. Le Groupe ORPEA n'aurait évidemment pas pu assurer son développement sur tout le territoire, au cours des 30 dernières années, s'il ne respectait pas scrupuleusement les lois et réglementations en vigueur et ses obligations professionnelles et morales.

Nous savons, tout comme vous, que la perfection est difficile à atteindre ; mais vous avez la garantie que chaque jour, nous mettons toute notre énergie et notre détermination à améliorer sans cesse l'accompagnement et les soins qui sont dispensés.

Nous pouvons vous assurer que nos dispositifs de contrôle restent en permanence d'une extrême vigilance pour identifier au plus vite un éventuel problème et y apporter un remède. Le dialogue avec vous est essentiel dans ce cadre.

Nous sommes conscients de nos responsabilités et avons toujours placé le bien-être des résidents que nous accueillons, les parcours de carrière de nos collaborateurs et l'éthique professionnelle au cœur des critères de décision et de développement, en déployant les moyens et investissements nécessaires.

Nous continuerons d'œuvrer en ce sens, avec la même exigence et la même ambition, et nous continuerons de collaborer en toute transparence avec les Autorités.



Nous tenons également à vous rappeler que l'équipe de la Résidence est, comme toujours, à votre disposition, pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur la prise en charge de votre parent ou le fonctionnement de notre établissement.

Soyez assurés que nous restons fidèles à nos engagements et que nous avons à cœur d'entretenir l'atmosphère chaleureuse et sereine qui nous est chère, en gardant au centre de nos préoccupations le bien-être de tous.

Nous vous prions de croire, Chers Résidents, Chères Familles, en l'assurance de notre sincère considération.

Jean-Claude ROMERSI
Directeur Général ORPEA France

Stéphanie COHEN
Directeur des Opérations Médico-Sociales
ORPEA France

Siège social : 12 rue Jean Jaurès, CS 10032, 92 813 Puteaux Cedex
ORPEA S.A. capital de 80 789 156,25 € / 401 251 566 RCS Nanterre / APE 8710 A
Tel : 01.47.75.78.07 www.orpea.com

