

**Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé**

**Direction de l'autonomie
Conseil départemental de l'Essonne**

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes EHPAD Le Clos d'Etréchy**

N° FINESS : n°91-001-788-8

RAPPORT D'INSPECTION

n° 2022_0302

Déplacement sur site le 13 avril 2022

Mission constituée par les représentants de l'ARS, délégation départementale de
l'Essonne suivants

- M. Benoît Costa, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission
- Mme Sylvie Champon, contrôlease désignée par la directrice générale de l'ARS
- M. Laurent Pinlong, contrôleur désigné par la directrice générale de l'ARS
- M. Méki Menidjel, personne qualifiée, responsable du département Autonomie

et par les représentants des services du Département de l'Essonne suivants

- Mme Sonia Pires, directrice de l'autonomie
- M. Fabrice Magri, référent qualité et programmation
- Mme Magalie Vanderschueren, référente qualité et programmation

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;

Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;

L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

- *dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;

- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable* ;

- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice* ;

- *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».

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

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

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	2
SYNTHÈSE	4
INTRODUCTION	5
A) Contexte de la mission d'inspection	5
B) Présentation de l'établissement	
2 CONSTATS.....	6
3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES	7
3.1 L'encadrement des équipes	7
3.2 La situation des effectifs	7
3.3 L'organisation du travail	7
4 RESPECT DES DROITS DES RÉSIDENTS	15
4.1 Nombre et profil des résidents accueillis au jour de l'inspection.....	15
4.2 Modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents	15
4.3 Communication avec les familles et le CVS.....	15
4.4 Gestion des réclamations et des événements indésirables	15
5 PRISES EN CHARGE HÔTELIÈRE ET DE LA DÉPENDANCE	22
5.1 Prestations hôtelières	22
5.2 Achats de consommables	23
5.3 Équipement médicalisé et installations à visée thérapeutique.....	23
6 LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS.....	30
6.1 Coordination médicale et soignante	30
7 CONCLUSION	34
GLOSSAIRE	36
ANNEXES.....	38
7.1 Annexe I : Lettre de mission.....	38
7.2 Annexe II : Courrier d'annonce	40
7.3 Annexe III : Liste des documents consultés par la mission d'inspection	41
7.4 Annexe IV : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection	44
7.5 Annexe V : Les achats de consommables	46
7.6 Annexe VI : Mobilier en partie brûlé du fait de sa proximité avec un radiateur électrique	47

SYNTHÈSE

Éléments déclencheurs de la mission

Olivier VERAN, le ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé le 8 mars 2022, un vaste plan de contrôle des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 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 conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par le Président du Conseil départemental de l'Essonne à la demande de la gendarmerie.

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 Île-de-France ce programme a débuté le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme, recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et doléances et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et de 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 ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents au plan de la dépendance ;
- Le cadre de vie, les prestations hôtelières et la vie sociale des résidents.

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. Il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre sans délai à la disposition de la mission les documents figurant en annexe 3 :

D'autres documents ont été demandés, pour être consultés sur place ou analysés les jours suivants par la mission.

Le jour de l'inspection, le directeur et la directrice adjointe étaient absents. Le directeur d'astreinte (directeur d'un autre Ehpap géré par Orpea) et une directrice d'un autre Ehpap géré par Orpea se sont déplacés. Le secrétaire de direction a été de même fortement mobilisé.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec des professionnels de l'établissement et des résidents ou leurs représentants.

Le directeur de l'Ehpap et son adjointe étant absents, l'entretien « direction » s'est déroulé avec le directeur d'astreinte, en présence du secrétaire de direction.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

ECARTS :

Le contrôle a identifié 19 écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles.

REMARQUES :

Le contrôle a identifié 14 remarques relatives à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles.

Ces écarts et remarques sont notifiés en conclusion de ce rapport.

1 INTRODUCTION

A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale de l'Essonne de l'ARS Ile-de-France, et les services du Conseil départemental de l'Essonne ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Le Clos d'Etréchy », un établissement sis à Etréchy (91580), géré par Orpea.

Cette inspection s'inscrit dans le cadre du vaste plan de contrôle des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes annoncé le 8 mars 2022 par Olivier VERAN, le ministre de des Solidarités et de la Santé et la mise en œuvre rapide d'un programme des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

B) Présentation de l'établissement

L'Ehpad « Le Clos d'Etréchy » a été autorisé le 25 novembre 2004. Il a ouvert en juillet 2009. Il est géré par Orpea depuis le mois de janvier 2012.

Il est autorisé pour 88 places d'hébergement permanent (HP) et 2 places d'hébergement temporaire (HT). Il propose deux unités spécifiques Alzheimer (USA) de 15 places chacune.

Un pôle d'activités et de soins adapté (Pasa) de 12 places, ouvert 6 jours sur 7, a ouvert en décembre 2013.

Aucune place n'est habilitée à l'aide sociale à l'hébergement.

La superficie du bâtiment est d'environ 4 090 m². Il est réparti sur deux niveaux : rez-de-chaussée (RDC) et 1^{er} étage. Les chambres sont situées dans les deux ailes, sur les deux niveaux.

2 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 : pour *Oui* ou *conforme*, selon les cas

N : pour *Non* ou *non conforme*.

Écart : toute non-conformité à une référence juridique, identifié **E** dans les tableaux du rapport ;

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

3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

3.1 L'encadrement des équipes

Le jour de l'inspection, la mission a constaté l'absence du directeur en congés ([REDACTED]), l'absence de la directrice adjointe ([REDACTED]) et l'absence de l'infirmière diplômée d'Etat coordonnatrice (Idec) ([REDACTED]). Celle-ci revient sur le lieu de travail ayant été informée par la gouvernante qui nous a reçus.

La direction (directeur et directrice adjointe) est en hiérarchie directe des équipes, pas l'Idec.

La mission d'inspection a relevé des manquements réglementaires au sujet de la qualification du médecin coordonnateur (Medec).

La modalité d'intégration des nouveaux salariés telle que présentée à la mission d'inspection n'apparaît pas garantir la transmission des savoirs et l'appropriation des nombreux protocoles de soins et procédures.

Les plans de formation ne sont pas suivis : ratio salariés à former/ salariés formés très bas, absence des attestations de formation dans les dossiers du personnel.

3.2 La situation des effectifs

Le cahier de transmission globale situé à l'entrée de l'Ehpad dispose d'une affichette faisant apparaître le personnel qui doit émarger tous les jours. Lors de l'arrivée de l'équipe d'inspection sur le site à 9 heures, il a été constaté l'absence d'émargement du personnel. Le registre n'a été renseigné qu'en cours de journée. Le personnel n'émarge donc pas à sa prise de poste. Aucune feuille d'émargement n'a pu être communiquée pour la première semaine d'avril. Ceci démontre un contrôle insuffisant des présences ainsi que des horaires d'entrée et de sortie du personnel.

Les ratios d'encadrement **réels** semblent insuffisants. La mission inspection a constaté un absentéisme important (congés, repos, formations, arrêts de travail, postes vacants) qui amène la direction à recourir à un mode dégradé des tâches sur les professionnels présents.

[REDACTED]

Les dossiers RH du personnel sont incomplets et souvent mal tenus.

3.3 L'organisation du travail

L'Idec n'est pas associée à l'élaboration du planning des personnels soignants. Les horaires d'entrée et de sortie du personnel ne sont pas contrôlés.

Par ailleurs, près du quart des auxiliaires de vie (AV) sont considérés comme « AV faisant fonction de soignants » ce qui démontre un glissement de tâches « institutionnalisé ». Leur rémunération est imputée sur les financements publics du poste AS/AMP/AES, même pour ceux qui ne sont pas en cours de validation des acquis de l'expérience (VAE).

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
3.1 - ENCADREMENT DES ÉQUIPES					
<p>Le jour J, 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 ? Rotation fréquente sur ce poste ? cumule-t-il la direction de plusieurs structures ? Subdélégations(documentées) de signatures ? Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? (Cf. Entretiens avec l'équipe de direction)</p>		N	R	<p>Le jour de l'inspection, le 13 avril 2022, le directeur de l'EHPAD était en congé [REDACTED]. La mission d'inspection a été reçue par la cadre hôtelière. Celle-ci a appelé par téléphone le directeur d'astreinte. Le jour de l'inspection c'était le Directeur de l'EHPAD [REDACTED]. Celui-ci est arrivé dans l'heure suivante.</p> <p>Le directeur d'astreinte nous informe que les directeurs disposent d'une fiche de poste.</p> <p>Lorsque le directeur est absent, c'est la DA qui le remplace. Quand les deux sont absents (ce qui est le cas dans cet établissement pour au moins 7 jours), c'est le directeur d'astreinte qui est mobilisable et est amené à se déplacer, selon la situation.</p> <p>La fiche métier Orpea « directeur d'exploitation » ne mentionne pas les prérequis (notamment en termes de diplôme obtenu) requis pour exercer ce métier.</p> <p>DUD conforme</p> <p>Il y a des astreintes les week-ends et jours fériés : planning par trimestre pour les astreintes (groupe de directeurs). Ils sont volontaires, car ces astreintes font partie de la fiche de poste.</p> <p>Quand un directeur est d'astreinte un weekend, il est présent dans l'Ehpad qu'il dirige et est d'astreinte pour les autres.</p> <p>Astreinte régionale : 1 week-end par trimestre.</p> <p>Le directeur travaille un week-end par mois, ainsi que le secrétaire de direction.</p> <p>Cependant, il n'existe pas de « mallette d'astreinte » avec des procédures spécifiques.</p> <p>Par ailleurs, la fiche de poste « directeur » n'évoque pas que celui-ci est soumis à des permanences de direction le week-end environ une fois par mois.</p>	<p>D. 312-176-5 CASF D 315-67 CASF (délégation signature)</p> <p>Article D. 312-176-9 du CASF (conditions de recrutement d'un directeur au niveau immédiatement inférieur)</p>
<p>Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? Permanence/astreinte médicale ?</p>		N	E	<p>L'analyse du dossier du Medec n'a pas permis de constater que le Medec est titulaire d'un DU de gériatrie. Un Medec doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un DU de médecin coordonnateur d'Ehpad ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Ceci est d'ailleurs rappelé dans la fiche métier Orpea de médecin coordonnateur, qui fait office de fiche de poste.</p>	<p>D. 312-156, D. 312-157, D. 312-158 et D. 312-159-1 du CASF Article D.312-155-2 du CASF</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? Permanence/astreinte paramédicale ?	X			L'idec est recruté par le directeur, en consultation avec l'idec régional.	
Réunions régulières (fréquence ?) 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 réalisées 2021/programmées 2022 ?	X	N	R	Réunions de staff (CODIR) : une fois par semaine, pas de CR fournis	
Réunions de la direction avec le personnel : fréquence et nature des réunions ? Qualité du dialogue et de l'écoute ? prise en compte et règlement des problèmes ?	X			Le directeur d'astreinte n'a pas pu donner la fréquence et l'objet de ces réunions avec le personnel.	
Autres modes de communication/soutien/régulation interprofessionnels, thèmes, périodicité, qui s'en charge ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien professionnel et d'analyse des pratiques, tutorat ?	X	N	R	Réunions pluridisciplinaires (pas de planning des réunions réalisées en 2021 et 2022 fourni).	
Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ¹ et dossier RH type, remise de documents : RF...		N	R	Lors de l'arrivée d'un nouveau personnel, un livret d'accueil lui est remis et le personnel arrivant est mis en doublon avec un personnel référent. Aucune certitude que le mode d'intégration des nouveaux personnels garantit la transmission des savoirs et l'appropriation des nombreux protocoles de soins et procédures	
Formations prévues/réalisées dont : pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. (Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés				Il n'a pas été remis à la mission de plans de formations, ni d'attestations, mais il a été communiqué des documents annuels récapitulatifs des salariés formés et restant à former, à savoir : * pour l'année 2022, sur 14 formations prévues, seul le thème « Manager les équipes au quotidien » a été retenu pour 1 personne, * en 2021, sur 23 formations prévues, les thèmes suivants ont été abordés : - « Prévention maltraitance ORPEA » pour 15 personnes (<i>une attestation de formation de l'équipe ORPEA de la Résidence Le Clos d'Etréchy peut être consultée dans un support de documents à l'entrée de l'EHPAD</i>), - « HACCP Commis et cuisinier » pour 2 personnes	

¹ 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	N	E/R	Commentaires	Réf.
		N	E	<p>L'étude des récapitulatifs des salariés formés et restant à former démontre par ailleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2020 : 88 salariés prévus, 5 formés - 2021 : 122 salariés prévus, 17 formés <p>Lors des entretiens avec certains professionnels, il a été porté à la connaissance de la mission qu'une formation sur le thème du « Bio nettoyage », a été réalisée au profit de toutes les ASH. Elle sera renouvelée 3 à 4 fois dans l'année.</p> <p>Sur un total de 7 dossiers de personnels consultés, les attestations de formations étaient absentes dans 6 dossiers (86 %).</p>	Article L.311-3 du CASF
		N	E		Article L.311-3 du CASF
Dispositifs d'accompagnement à la mobilité interne et à la promotion (par la VAE) ? (Cf. Mêmes sources que supra)	X		E	1/3 des AVS (2 sur 6) sont en processus de VAE.	
3.2 - La situation des effectifs ARS					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings)	X	N	E	<p>Le cahier de transmission global situé à l'entrée de l'EHPAD dispose d'une afficheur faisant apparaître le personnel qui doit émarger tous les jours. Lors de l'entrée de la mission inspection sur le site à 9h00, nous relevons l'absence d'émargement du personnel. Ce registre a été renseigné en cours de journée. Nous constatons l'absence d'émargement des salariés du 11 avril 2022 jusqu'au jour de l'inspection.</p> <p>Pas de feuille d'émargement du 1^{er} au 8 avril.</p>	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?	X			Les plannings de travail sont élaborés par la Direction (Directrice adjointe et secrétaire de direction). L'IDEC peut être amenée à devoir réorganiser les plannings des soins aux vues des absences de professionnels. Pour autant, elle n'est pas associée à l'élaboration du planning.	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).		N	E	<p>EPRD 2021 : AS (ETP [REDACTED]) → ratio 0,33 (ratio cible 0,22) IDE (ETP [REDACTED]) → ratio 0,06 (ratio cible 0,06) ERRD 2020 : AS (ETP [REDACTED]) → ratio 0,26 (ratio cible 0,22) IDE (ETP [REDACTED]) → ratio 0,05 (ratio cible 0,06) Ratio le 13/04/2022 : AS+AES ([REDACTED]) → ratio 0,11 (ratio cible 0,22) IDE (ETP?)</p> <p>Ratios insuffisants</p>	Article L.311-3 du CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Absentéisme (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) ? Taux de rotation (ratios, ancienneté dans les postes) ? (Cf. Documents de gestion disponibles ²) Cf. aussi entretien directeur et tableau des effectifs)				[REDACTED] Au niveau médical, 2 IDE absents et 1 poste vacant. Soignants : 6 en repos, 2 absences, 3 en formations, 2 en maladies, 1 arrêt de travail, 2 en congés. Hébergements : 6 en repos, 1 en congé, 2 en maladie. Le taux d'absentéisme et le taux de rotation du personnel n'ont pu être communiqués. Le jour d'inspection, au vu du planning, 7 AS présentes, 3 AES, 1 ASH (dont 2 vacataires et 2 CDD). Le jour de l'inspection : 5 CDI, 2 CDD, 2 vacataires.	Art. L. 1242-1 et L. 1248-1 du Code du travail
Comment la structure fait-elle face aux absences ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ? Cf. Entretiens directeur + cadres		N	E	Lorsqu'il y a des absents, l'Ehpad fonctionne principalement en mode dégradé. Les tâches sont réparties entre les effectifs présents. Le jour de l'inspection, il a été constaté l'absence d'un AV qui a été remplacé par la gouvernante (AV référente). Constat de la mission d'une absence de volonté de la direction d'effectuer la totalité des remplacements requis et d'analyser les impacts sur la prise en charge des résidents.	Article L.4391-1 du code de santé publique (CSP) (AS) Article D.451-88 du CASF (AES)
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD. Motifs et modalités de recours aux vacataires, à l'intérim et aux faisant fonction (fréquence, fonction)				Le recrutement des vacataires est décidé par la direction.	
Nombre de postes vacants ³ au jour de l'inspection en ETP et par type de fonction				1 poste IDE, 1 poste de psychomotricien, 2 AS nuit, 3 AS jour.	
Existe-t-il une politique de fidélisation de son personnel par le gestionnaire et/ou la direction de l'EHPAD ⁴ ?		N	E	L'appel à des « vacataires » pour des contrats courts semble être privilégié en cas de poste vacant. Il n'a pas été démontré de stratégie d'attractivité ou de fidélisation suffisante. Liste des salariés en CDI et en CDD	Article L.1242-2 du code du travail

² Niveau d'absentéisme du personnel par catégorie professionnelle et motifs d'absentéisme : Bilan social 2021

³ Réf : Guide CPOM-EHPAD, ARSIF, v2019 page 15 (TO cible <10%)

⁴ Turn-over : Réf : TDB-MS de la Performance EHPAD, campagne 2019 (médianes régionale et nationale)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires			Réf.
					CDI	CDD	
				IDE			
				AS			
				AES			
				ASH			
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés? Des fiches de tâches heurées pour les personnels de jour ? de nuit ?	X	N	R	L'étude de 7 dossiers de personnel a permis de constater qu'il n'y avait pas de fiche de poste identifié par personne. Dans certains dossiers il a été constaté qu'il y avait des fiches métiers. Celles-ci n'étaient pas signées par le salarié concerné.			
Tenue et complétude des dossiers RH Entretiens avec les principaux responsables de l'EHPAD		N	R E	L'étude des 7 dossiers du personnel montre que les dossiers RH sont incomplets et que certains documents ne sont pas classés dans les bonnes chemises : - CDD non signé - Manque le volet 2 du casier judiciaire (dans 4 dossiers sur 7, soit 58 %des dossiers) - Pas de fiche de poste (dans 4 dossiers sur 7, soit 58 %des dossiers) - Manque fiches d'aptitude de la médecine du travail (dans 3 dossiers sur 7, soit 43 % des dossiers) - La fiche du salarié du dossier RH non remplie correctement (manque également certaines photos) - Pas d'évaluation annuelle professionnelle (dans 3 dossiers sur 7, soit 43 % des dossiers) - Manque les attestations de stage (dans 4 dossiers sur 7, soit 58 %des dossiers)			

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
3.3 - ORGANISATION DU TRAVAIL					
Modalités de constitution des équipes et contre-équipes ? Roulement entre les différentes unités de vie ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ?		N	E	La construction des plannings est prévisionnelle. Elle est assurée par la DA et le secrétaire de direction. L'Idéc n'est pas associée au planning des soignants. Les deux USA comprennent 2 soignants pour 15 résidents. Ils changent d'USA tous les deux mois. Néanmoins, au vu du taux d'absence (congés, maladie, AT, formation), l'épuisement des personnels est constaté. Cependant, il n'existe aucun contrôle des horaires d'entrée et de sortie du personnel. Pas de liste d'émargement pour s'y référer	Article D. 311-3 du CASF
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?	O			Les plannings des équipes soignantes et des équipes hôtelières sont faits par la Directrice adjointe et le secrétaire général.	
Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?		N	E	Oui, en cas d'imprévu et en fonction du manque d'effectif sur la structure (ex : aide aux pansements, et distribution de médicaments). Deux AV en CDI sont en formation d'AES et font fonction d'AS. Dans la liste des salariés en CDI transmise le jour de l'inspection, 2 AV sont considérés comme AV formation soins, mais un 3 ^e AV occupe la fonction d'AV soins sans qu'il soit précisé qu'il est en formation. Dans la liste des salariés en CDD, 3 AV sur 6 occupent la fonction de « AV Soins ». Aussi, sur 23 AV, 6 occupent la fonction d'AV soins (dont 2 en formation) ce qui démontre un glissement de tâches « institutionnalisé ». Ces salariés sont d'ailleurs considérés comme AVS (auxiliaires de vie faisant fonction de soignants) dans le tableau des ETP remis. Pour rappel, les qualifications requises pour les AS sont soit le diplôme, soit le statut « auxiliaire de vie en cours de VAE, soit celui d'étudiant infirmier ayant validé sa première année de formation. La rémunération des AVS qui ne sont pas en cours de VAE ne doit pas être imputée sur les financements publics du poste AS/AMP/AES.	Article L. 4391 du CSP
Ecart mesuré entre le planning théorique et l'effectif présent le jour J ?		N	E	La mission inspection a constaté que les fiches individuelles de présence ne comportent pas systématiquement les jours effectifs de présence et les signatures d'émargements.	Article L. 311-3

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>En consultant le planning de la nuit passée (du 12 au 13 avril), 4 AS devaient être présents. A 19 h, un des AS était absent. Le directeur d'astreinte aurait dû être appelé par un AS présent, ce qui n'a pas été fait. Seuls 3 AS ont donc travaillé cette nuit-là.</p> <p>Des absences à qualifier (AAQ) sont repérées, même pour des journées antérieures.</p> <p>La consultation du planning montre la présence que de 3 AS pour la journée du 15 avril (lendemain). Un 4^e AS est à rechercher.</p>	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	O			15 mm, matin et soir + cahier de liaison entre les équipes de jour et de nuit	
Couverture du personnel sur 1 journée : nombre d'ETP présents le matin, l'après-midi, le soir et la nuit (en semaine et le week-end) ?				11 le jour, 4 la nuit	
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	N	R	<p>Cahier de transmission à l'accueil et sur net soins et transmission orale.</p> <p>Transmission inter-équipe : le matin : 2 soignants 7H30 7H40 avec l'IDE</p> <p>Le soir : 19H-19H15 l'IDE avec 4 soignants</p> <p>Absence de procédure concernant les transmissions entre les équipes.</p>	
L'encadrement organise-t-il des réunions entre les personnels de nuit, des fins de semaine et JF et ceux de jour ?	O	N	R	<p>Réunions du Staff tous les mardi (pluridisciplinaire), PASA 1fois par mois.</p> <p>Absence de réunions entre le personnel de jour et nuits (uniquement les passations)</p>	
Quels sont les personnels présents la nuit ? Comment rendent-ils compte de l'activité de la nuit ? à qui ? sur quel support ? En cas de décisions en urgence la nuit, quelle est la procédure de validation ? L'équipe de direction procède t- elle à des visites inopinées la nuit, les fins de semaine et les JF ?				<p>Présence de 4 Aide-Soignant pour la nuit (4^e poste créé début avril)</p> <p>Transmissions sur cahier de liaison et passation 15 mm en oralité.</p> <p>Il n'a pas été évoqué des visites inopinées la nuit.</p>	

4 RESPECT DES DROITS DES RÉSIDENTS

4.1 Nombre et profil des résidents accueillis au jour de l'inspection

Le jour de l'inspection, le nombre de résidents accueillis était de 78, pour une capacité totale de 90 lits (88 en hébergement permanent et 2 en hébergement temporaire)

La durée maximum de 90 jours annuels autorisée pour les séjours en HT n'est pas respectée.

4.2 Modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents

Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets. De nombreux éléments sont manquants : formulaire relatif aux directives anticipées, de désignation de la personne de confiance, attestation de remise de documents.

Aucun projet personnalisé (PP), ni de compte-rendu de réunion de synthèse n'a été trouvé dans les dossiers consultés. L'équipe d'inspection s'interroge sur l'absence d'accompagnement personnalisé pour les résidents.

Le plan bleu est imparfait et pas à jour. Dans l'aile « Verlaine », un espace portant la mention « stock plan bleu » se révèle être un espace de stockage d'EPI. Dans cet espace, constitué principalement d'un stock important de masques, de sur blouses, de gants, de gel hydro alcoolique, il n'a été trouvé que six cartons d'atomiseurs.

4.3 Communication avec les familles et le CVS

Absence de registre des réclamations à l'accueil

4.4 Gestion des réclamations et des événements indésirables

La déclaration des événements indésirables n'est pas connue et appliquée de tous les personnels titulaires et vacataires, et elle n'est pas systématique.

Grille de contrôle/Respect des droits des résidents :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
4.1 PROFIL DES RÉSIDENTS ACCUEILLIS					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ? Est-il tenu régulièrement à jour ?		N	E	Il existe un registre légal des entrées et sorties. Des fiches vierges sont tamponnées, mais aucune signature de la Mairie d'Etréchy. Un cahier des sorties temporaires résidents est à disposition à l'accueil.	L 331 -2 (registre d'entrée et de sortie)
Nb de résidents accueillis le jour de l'inspection (ou jour J) ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? Taux de présence le jour J (ratio nb PA accueillies/nb places autorisées et installées) ? Taux d'occupation 2021 (nb PA accueillies/nb places et nb de journées réalisées / nb j autorisées) ?		N	R	78 résidents accueillis le jour de l'inspection, tous en HP (capacité autorisée et installée : 88 HP, 2 HT) 56 en unité classique, 22 en USA, 3 hospitalisés 75 résidents présents physiquement Il s'avère que le résident de la chambre ■■■ (HT) a dépassé le plafond annuel autorisé pour cette modalité d'hébergement, qui est de 90 jours.	
4.2 MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS					
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ? modalités mises en place pour faciliter l'intégration de la personne dans l'EHPAD (habitudes de vie, goûts, horaires journaliers) ? bilan après 3 mois de l'admission ?				Il existe une procédure écrite d'admission des résidents disponible à l'accueil. L'entretien d'admission se passe entre la direction et le résident et sa famille. L'IDEC et le médecin sont amenés à rencontrer le résident à son domicile avant admission en cas de doute sur la prise en charge du résident.	D.312-155-1 décret du 13 avril 2012

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Visite de l'Ehpad possible (chambre témoin) mais pas systématique</p> <p>L'auxiliaire de vie référente et l'animatrice participent à l'accueil des nouveaux résidents. Un entretien avec le futur résident est organisé pour connaître ses habitudes, ses besoins et ses centres d'intérêts.</p>	
<p>Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?</p> <p>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)</p>		N	E	<p>Lors de l'admission le plan individuel de soin est élaboré, une évaluation est réalisée sous 10/15 jours, puis le contrat de séjour personnalisé est finalisé en fonction du résident.</p> <p>6 dossiers administratifs résidents ont été choisis de manière aléatoire et étudiés par l'équipe d'inspection :</p> <p>Aucun ne comportait de PP, ni de compte-rendu de réunion de synthèse, ni de formulaire relatif aux directives anticipées.</p> <p>4 dossiers sur 6 ne comportaient pas de formulaire de désignation de la personne de confiance.</p> <p>3 dossiers sur 6 ne comportaient pas le règlement de fonctionnement et l'attestation de remise des documents.</p> <p>2 dossiers sur 6 ne comportaient pas de fiche de renseignements administratifs, d'attestation d'assurance responsabilité civile, d'autorisation de sortie et droit à l'image.</p>	<p>Art. L. 311-4-1 et D.312-158 (14°) CASF et Décret n°2016-1743</p> <p>Article D.312-155-0 (projet personnalisé)</p> <p>L. 311-5-1 CASF (personne de confiance) et L. 1111-6 CSP</p>
<p>Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? (Cf. Dossiers des résidents accueillis)</p>		N	E	<p>Le projet personnalisé est élaboré par la psychologue en lien avec l'équipe soignante (medco-Idéc-ide-as)</p> <p>6 dossiers administratifs résidents ont été choisis de manière aléatoire et étudiés. Aucun ne comportait de PP, ni de compte-rendu de réunion de synthèse.</p> <p>⇒ L'équipe d'inspection pointe donc une absence de projet d'accompagnement personnalisé pour les résidents</p>	<p>L.311-3-3 CASF</p> <p>D 312-155-3 CASF</p> <p>Art. D312.155.0: (3°)</p>
<p>Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?</p>		N	E	<p>La mission n'a pas pu consulter le plan bleu, ni le plan canicule, malgré la demande effectuée. Ils n'ont été adressés par l'établissement que le 26 avril.</p>	<p>art. L. 311-8 et D. 311-38 CASF</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Analyse du plan bleu</p> <ul style="list-style-type: none"> - En page de garde, le plan bleu, en théorie rédigé le 10/03/2020, mais manifestement mis à jour en juin 2020, comporte les noms et fonctions des personnes habilitées à le rédiger, le vérifier et l'approuver, mais aucune signature n'apparaît à leur droite. <p>Le plan bleu n'est pas à jour. Rien n'indique qu'il a été actualisé par le Copil une fois l'an, comme mentionné. Le dernier exercice daterait du 11 juin 2020.</p> <p>La composition de la cellule de crise n'est pas à jour, puisque <u>la totalité</u> des salariés qui en étaient membres ont quitté l'établissement : directeur, adjoint de direction, Medec, Idec, agent de maintenance.</p> <p>Par ailleurs, le plan bleu ne précise pas les mesures qui seraient prises dans le cas d'une rupture d'approvisionnement en gaz (en cours de finalisation en 2020). Le plan bleu a-t-il été finalisé depuis à ce sujet ?</p> <p>Le local plan bleu est en réalité un local de stockage où il n'y a pas de distinction entre le stock matériel normal et le stock plan bleu.</p>	Décret 2005-768 du 07/07/2002 (plan bleu)
<p>L'intimité est-elle respectée dans les salles de douche, sanitaires ?</p> <p>L'ouverture des portes et des fenêtres discrètes se fait-elle avec l'accord de la personne accueillie, ainsi que l'accès à la chambre en se signalant en frappant à la porte et en attendant une réponse par exemple ?</p> <p>La dignité est-elle respectée ? Le personnel se présente-t-il ? S'abstient-il de familiarité verbale (tutoiement, appellation par un autre nom que le nom de famille qu'à la demande des personnes prises en charge) ?</p> <p>La personne accueillie détient-elle la clé de son logement (formalisation des conditions ou restrictions) ?</p> <p>Procédure de réception et de remise au résident de son courrier, des abonnements ?</p>	O	N	R	<p>L'accès aux chambres est fait avec l'accord de la personne (frappe à la porte pour attendre une réponse. Témoignage des 3 résidents interrogés). Les salles de douches et sanitaires prévues dans les chambres permettent un respect de l'intimité (portes).</p> <p>Le personnel de jour est décrit comme empathique et serviable. Ce n'est pas le propos tenu pour le personnel de nuit.</p> <p>Il n'y a pas de clé aux portes.</p>	
<p>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... ?</p>	O			<p>Les résidents maintiennent des relations avec leur famille par le biais de communications téléphoniques, visites. Les photos sont présentes dans les chambres visitées.</p>	

4.3 COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS

Quels moyens de communication avec les familles existent (réunions, courriers...) ?			<p>Communication téléphonique essentiellement et visite sur l'établissement.</p> <p>Il existe différents moyens de communication avec les familles, dont le Conseil à la Vie Sociale et la participation aux différentes commissions (restauration et animation), et l'utilisation de la boîte aux lettres à idées → Ces informations sont également précisées dans le livret d'accueil résident.</p> <p>Une boîte aux lettres pour le CVS est mise à disposition à l'entrée de l'établissement, destinée à recueillir les doléances des résidents et des familles.</p>	
Des réponses écrites aux familles sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ?			<p>Sont à disposition sur un comptoir, face à l'accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le projet d'établissement de la résidence « le Clos d'Etréchy » - les rapports d'évaluation interne et externe - un livre d'or <p>Il existe un support coloré type classeur vertical, mis à disposition des usagers et des familles, composé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un exemplaire du livret d'accueil, - un organigramme, - un contrat de séjour type, - une information relative au dispositif 39.77, <i>numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap victimes de maltraitance</i>, - la désignation des personnes qualifiées du département de l'Essonne, - les lieux de culte <p>Un panneau d'affichage comporte des informations générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la charte des droits et libertés de la personne accueillie, - l'arrêté départemental fixant les tarifs journaliers et le forfait global afférent à la dépendance <p>Des consignes sanitaires, des masques sont à disposition ainsi que du gel hydro alcoolique</p> <ul style="list-style-type: none"> - une affiche d'interdiction de fumer 	
Existe-t-il un conseil de vie sociale ou un groupe d'expression ou de toute autre forme de participation ?	O		Il existe un conseil de vie sociale CVS ; la liste des membres (noms et photographies) est affichée sur un panneau dédié à cet effet.	D. 311-3 et D. 311-21 à 25 CASF

Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles	O			Le compte rendu du dernier CVS, en date du 29 novembre 2021, est affiché.	D. 311-4 à -20
4.4 GESTION DES RÉCLAMATIONS ET DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES					
Affichage liste des PQ, tél. 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?		N	E	La liste des PQ n'est pas affichée, elle est présente dans des intercalaires à l'entrée de l'EHPAD. Une information relative au dispositif 39.77, <i>numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap victimes de maltraitance est classée dans un support vertical face à l'entrée de l'établissement</i>	Obligations de sécurité de l'article L. 311-3 CASF et recommandations de bonne pratique HAS
Existence d'un système d'enregistrement et de suivi des enquêtes de satisfaction (documenter) ?				Des enquêtes de satisfaction ont été mises en place mais pas d'information sur leur enregistrement et suivi	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?		N	R	Il existe une procédure de recueil et de traitement des réclamations. Cependant, la mission n'a pas constaté la présence de classeur et/ou de registre des réclamations/ doléances, ni aucune affiche indiquant à toute personne qui le souhaite de se procurer une fiche de réclamations.	
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)	O			En cas de réclamation, le requérant est appelé. Un projet de réponse est rédigé par le directeur, transmis au siège d'Orpea pour validation, puis transmis au réclamant.	
Un suivi et un bilan des réclamations sont-ils dressés ? Quid des signalements ? (documenter)				En l'absence du directeur, le personnel n'a pas pu nous dire si un bilan des réclamations était fait.	
Existence d'une procédure de recueil et de traitement des EI/EIG ? Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		N	E	Les EI-EIG sont centralisés au niveau de la direction qui détermine l'opportunité des remontées aux autorités sanitaires La déclaration des événements indésirables n'est pas connue et appliquée de tous les personnels titulaires et vacataires, et elle n'est pas systématique. Cependant, une fiche reflexe relative aux événements indésirables, à destination du personnel, est apposée sur le mur d'un couloir. Il s'agit d'un document interne datant de février 2022, qui rappelle les différents comportements à adopter en cas d'évènement indésirable	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016

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 ?			E	<p>Des cas de maltraitances ont été identifiés au sein de l'EHPAD et signalés aux autorités : 2019-2020 = 7 2021-2022 = 4</p> <p>Un témoignage d'une chute d'un résident la nuit n'aurait pas fait l'objet de signalement. (absence de rondes de nuits par les professionnels).</p> <p>Un autre témoignage d'une suspicion de maltraitance de la part d'un aide-soignant sur un résident a été déclaré à la direction qui n'aurait pas donné suite aux propos du résident.</p>	<p>Article 434-3 du Code Pénal</p> <p>Article 40 du code de procédure pénale</p>
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...) ?				<p>Il existe des mini formations sur la bientraitance pilotées par l'IDEC et la psychologue.</p> <p>L'équipe ORPEA de la Résidence Le Clos d'Etréchy a suivi le 16 décembre 2021 une formation sur le thème de la « Prévention de la maltraitance des personnes en institution » → attestation classée dans le support vertical situé à l'entrée de l'EHPAD</p> <p>Cependant, absence d'une politique formalisée de promotion de la bientraitance</p>	
Une charte de confiance (ou d'incitation au signalement) existe-t-elle ?	O			L'information relative à la désignation d'une personne de confiance est précisée dans le livret d'accueil du résident (<i>une notice est jointe en annexe du livret d'accueil</i>).	L. 313-24 CASF
Les EI/EIG donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ? font-ils l'objet de retex ?		N		Il n'y a pas d'analyse de bonnes pratiques au niveau des professionnels	

5 PRISES EN CHARGE HÔTELIÈRE ET DE LA DÉPENDANCE

5.1 Prestations hôtelières

Le registre de sécurité n'a pas fait l'objet de vérification sur le second trimestre et nous notons l'absence d'exercices de sécurité pour l'année 2022.

L'impression ressentie lors de la visite est celle d'un établissement plutôt triste. Une seule aile bénéficie de tableaux dans le couloir.

Les barres d'appui dans les couloirs ne sont plus correctement fixées. Ces barres peuvent céder et un résident peut chuter s'il prend appui dessus. Des défauts de dilatation sur les murs ont également été constatés ainsi que de légères différences de niveau sur le sol qui peuvent présenter un danger si ces défauts s'accroissent.

Les locaux de rangement sont très encombrés et ne respectent pas leur destination initiale. Ainsi, un local de stockage de linge sert de local de stockage de divers chariots.

Les toilettes situées dans les différentes ailes de l'EHPAD ne sont pas utilisées, le suivi de la propreté n'est pas assuré. Le jour de l'inspection, il a été constaté que la précédente mention de passage remontait au 11 avril 2022

Le local animations était fortement encombré et d'accès difficile, pouvant générer un risque d'accidents.

L'office de l'aile rouge était ouvert à l'aide d'un fauteuil, bien que du matériel sensible soit présent dans cet espace. Il a été noté la présence d'un four microonde que ne fait pas l'objet d'un suivi au niveau de son nettoyage

Dans l'office pour le personnel de l'allée des Hortensias, l'absence de thermomètre dans un des réfrigérateurs a été relevée, lors d'un passage à 9 h 30. Lors d'un second passage à 9 h 45, il a été constaté la présence d'un thermomètre qui ne fonctionnait pas. Le dernier suivi de la température de ces réfrigérateurs datait du 11 avril.

Il a été constaté dans le salon de coiffure la présence de deux longs tuyaux d'arrivée d'eau non fixés, ainsi qu'une évacuation non fonctionnelle haute de 20 cm devant un siège pour résident. Ceci présente des risques de chute ou de blessure pour les résidents.

Il manque des distributeurs de SHA dans les parties communes.

Absence de traitement des Dasri dans l'infirmerie, le jour de la visite.

Le chauffage électrique est inadapté et provoque un risque d'incendie avec le mobilier.

Les relevés des températures sur les charriots des repas ne sont pas faits régulièrement, sur certains, il manque les températures des repas du soir, et sur d'autres celles du midi.

Le suivi de nettoyage des micro-ondes notamment à l'USA haut n'est pas renseigné de manière régulière.

La mission n'a pas constaté la présence de compléments alimentaires nominatifs.

Pour les collations de nuit, le chef cuisiner prépare de manière aléatoire, sans mettre une quantité précise.

5.2 Achats de consommables

Forte amplitude horaire entre le changement des protections des résidents l'après-midi (supérieure à 5 heures)

5.3 Équipement médicalisé et installations à visée thérapeutique

Lors de l'inspection, nous avons relevé que la salle « espace Snoezelen » semble inutilisée, en effet, l'éclairage ne fonctionne pas, et des fauteuils ne permettent pas un accès à l'intérieur. Elle sert, en fait, de lieu de stockage. Aucun planning n'a été fourni. Il a été précisé à la mission que la salle n'avait pas été utilisée depuis 2019.

Lors de l'inspection, nous avons relevé que la salle de balnéothérapie semble inutilisée, d'une part par l'absence de mentions sur la fiche de suivi de cet espace, et d'autre part par l'état général du matériel qui ne présente pas de traces d'usures ou d'utilisation. Pas d'affichage de planning

Grille de contrôle/PEC hôtelière et de la dépendance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
5.1 PRESTATIONS HOTELIÈRES					
<p>Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) et 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 des locaux techniques, sécurité incendie (CR de la CCS, affichages, formation des personnels)?</p> <p>Cf. Registre de sécurité</p>		N	<p>E</p> <p>I</p> <p>R</p>	<p>L'entrée de l'établissement est sécurisée (<i>espaces extérieurs clos et accès à l'EHPAD</i>). Le portillon d'entrée n'est quant à lui pas fonctionnel.</p> <p>Le registre de sécurité n'a pas fait l'objet de vérification sur le second trimestre et il faut aussi fait apparaître l'absence d'exercices de sécurité pour l'année 2022.</p> <p>Lors de la visite des locaux nous avons constaté que les barres d'appui dans les couloirs ne sont plus correctement fixées. Ces barres peuvent céder, et un résident peut chuter s'il prend appui dessus. Des défauts de dilatations sur les murs ont aussi été constatés. Nous constatons aussi de légères différences de niveau sur le sol qui peuvent présenter un danger si ces défauts s'accroissent.</p> <p>Les locaux sont spacieux et permettent une circulation adaptée à l'accessibilité des personnes.</p> <p>Les chambres peuvent être personnalisées (<i>mobiliers, décoration</i>). Leur accès est identifié nominativement.</p> <p>L'accès aux 2 unités de soins adaptés (USA) est sécurisé par un code.</p> <p>Certaines portes sont également sécurisées avec un code : <i>accès aux escaliers, locaux techniques, linges propres et sales, ...</i></p> <p>Les locaux de rangement sont très encombrés et ne respectent pas la destination initiale.</p> <p>L'aménagement de la salle de repos du personnel n'est pas convivial.</p> <p>Malgré une conception architecturale satisfaisante de l'établissement, le cadre de vie général manque de convivialité : les locaux ont une apparence austère, avec aucune décoration, à l'exception d'une aile de l'établissement.</p> <p>Deux salons étaient quant à eux décorés sur le thème de Pâques.</p>	L. 311-3 du CASF (respect de la sécurité du résident)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Entretien général des locaux, propreté, nettoyage et sécurité des chambres, des parties communes et ascenseurs, des locaux collectifs, conditions pour le lavage des mains réunies ?</p> <p>Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ?</p> <p>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</p>			<p>R</p> <p>Globalement l'impression ressentie dans l'établissement est plutôt triste, une seule allée bénéficie de tableaux dans le couloir, il s'agit de l'aile « rue Verlaine », ce qui rend cette aile plus lumineuse et conviviale. (Une généralisation de la décoration est à solliciter, sauf pour les unités protégées)</p> <p>Les chambres sont d'apparences spacieuses et propres.</p> <p>Les toilettes situées dans les différentes ailes de l'EHPAD ne sont pas utilisées, le suivi de la propreté n'est pas assuré. Le jour de l'inspection, nous avons constaté que la précédente mention de passage remontait au 11 avril 2022.</p> <p>Dans l'aile « rue Verlaine », un bureau n'a pas de destination, la présence d'un ordinateur fonctionnel démontre l'utilisation de cet espace par un ou des professionnels.</p> <p>Dans l'aile « rue Verlaine », un local de stockage linge a été détourné de sa destination, le jour de l'inspection, il servait de local pour divers charriots.</p> <p>Dans l'aile « rue Verlaine », un espace portant la mention de « stock plan bleu » se révèle être un espace de stockage d'EPI. Dans cet espace, constitué principalement d'un stock important de masques, de surblouses, de gants, de gel hydro alcoolique, nous ne trouvons que 6 cartons d'atomiseurs.</p> <p>R</p> <p>Le local animation est fortement encombré, son accès est difficile, il peut générer un risque d'accident.</p> <p>E</p> <p>Dans l'office pour le personnel de l'allée des hortensias, nous relevons l'absence de thermomètre sur un des réfrigérateurs lors d'un passage à 9h30. Lors d'un second passage à 9h45, nous constatons la présence d'un thermomètre qui ne fonctionne pas. Nous constatons que le suivi de la température de ces réfrigérateurs s'est arrêté au 11 avril 2022.</p> <p>E</p> <p>L'office de l'aile rouge était ouvert à l'aide d'un fauteuil lors de notre visite, bien que du matériel sensible soit présent dans cet espace. Nous notons la présence d'un four microonde que ne fait pas l'objet d'un suivi au niveau de son nettoyage.</p> <p>E</p> <p>Dans la pièce « salon de coiffure », nous constatons la présence de deux longs tuyaux d'arrivée d'eau non fixés, ainsi qu'une évacuation non fonctionnelle haute de 20 centimètres devant un siège pour résident. Ces éléments sont dangereux car ils présentent des risques de chute ou de blessures pour les résidents.</p> <p>Manque de distributeurs de SHA dans les parties communes de l'Ehpad.</p>		

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Le jour de la visite, dans l'infirmerie, nous constatons l'absence de suivi des DASRI. Défaut de présentation des bordereaux de suivi des Dasri et assimilés. Absence de document de traçabilité.</p> <p>De manière générale, les locaux sont propres, à l'exception des coins cuisine et petits salons (<i>cloison gondolée, plan de travail décollé, portes non ajustées, présence de calcaire sur les éviers, salissures sur mur, petite table non nettoyée, plateau non débarrassé, vitre cassée, ...</i>)</p> <p>L'entretien est effectué en bio nettoyage</p> <p>Le chauffage électrique est inadapté. Risque d'incendie avec le mobilier (<i>fauteuil brûlé car trop près d'un radiateur</i>) (cf. annexe VI)</p>	Articles R. 1335-1 à R. 1335-14 du CSP
<p>Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents :</p> <p>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) ?</p> <p>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</p>				<p>Lors de la visite, nous avons constaté le changement de drap d'un seul résident sur toute la structure.</p> <p>L'entretien du linge personnel des résidents et du linge plat est assuré par un prestataire extérieur.</p> <p>L'entretien du linge du résident est à sa charge financière. Il s'agit d'une prestation optionnelle. La famille du résident peut toutefois assurer l'entretien du linge.</p> <p>Les locaux de stockage du linge sale ne sont pas aérés => odeur nauséabonde</p>	
<p>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 ?</p>	O			<p>Il existe un planning des toilettes. Elles sont réalisées le matin avant 11H00.</p> <p>Il existe un planning des douches par unité. En fonction des résidents, il est prévu en moyenne 2 douches par semaine.</p>	
<p>Les besoins en aide pour l'habillement et les souhaits des personnes accueillies (notamment choix des vêtements) sont-ils recueillis et pris en compte ?</p> <p>Les tenues de jour et de nuit sont-elles différenciées ?</p>	O			<p>La prise en compte de l'habillement des résidents et de leur nettoyage est constatée.</p>	
<p>Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?</p>			E	<p>Deux tests d'appel malade effectués :</p> <p>1) 1 minute d'attente</p> <p>2) 3 minutes d'attente liée au fait que l'AS avait la charge d'un résident.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Dans certaines chambres de l'unité USA du premier étage, le boîtier est fixé au mur des chambres, toutefois les résidents n'ont pas de bip d'appel malade</p> <p><u>Test</u> : les appels malades fonctionnent – 3mn d'intervention par l'animatrice</p> <p>1 DECT à l'accueil et 1 par secteur</p>	
<p>Prestation restauration et collation</p> <p>Cf. PV des services vétérinaires</p>		N	E	<p>Les horaires de repas, sont dans la mesure fixes (8h – 12h – collation à 16h et 18h) et les menus des repas sont affichés.</p> <p>Le dressage des tables est soigné.</p> <p>Les personnes âgées bénéficient de place fixe. Un chevalet avec le plan de table nominatif est posé sur chaque table. Une pastille de couleur symbolise la texture des menus (normal, mixé ou mixte, ...).</p> <p>La distribution des médicaments est effectuée pendant les repas.</p> <p>Le petit déjeuner peut être pris en chambre ou dans la salle de restauration.</p> <p>Il existe une commission restauration qui se réunit 3 fois par an – la dernière avril 2022 (<i>elle est composée famille de résident, chef cuisinier...</i>)</p> <p>Les relevés des températures sur les chariots des repas ne sont pas faits régulièrement, sur certains, il manque les températures des repas du soir, et sur d'autres celles du midi.</p> <p>Le suivi de nettoyage des micro-ondes notamment à l'USA haut n'est pas renseigné de manière régulière</p> <p>La mission n'a pas constaté la présence de compléments alimentaires nominatifs.</p> <p>Pour les collations de nuit, le chef cuisiner prépare de manière aléatoire, sans mettre une quantité précise.</p>	Article L. 311-3 du CASF
<p>Les prestations externalisées font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ? rapport qualité/prix ?</p>				<p>Pas de prestation externalisée – Les repas sont préparés sur place.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Animation : un référent ? un programme ?</p> <p>Le programme est-il structuré pour pouvoir associer l'ensemble du personnel (personnel de restauration, personnel d'entretien...), les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires (activité physique) ?</p> <p>Continuité pendant les congés ?</p>	O			<p>Présence d'un animateur, le planning est affiché de manière visible à différents endroits de l'Ehpad</p> <p>Le planning des repas et de l'animation sont affichés à de nombreux endroits dans l'EHPAD, ils sont visibles. Nous avons constaté une cohérence entre le planning des animations prévues pour le jour de la visite, et celles réalisées.</p> <p>Dans l'établissement depuis 1 an, l'animatrice est présente du mardi au samedi.</p> <p>2 activités sont organisées au cours de la journée, auxquelles participent en moyenne 20 résidents.</p> <p>En son absence, la gouvernante, certains soignants et le personnel du PASA prennent le relais.</p> <p>Le programme hebdomadaire des animations est affiché au RDC de l'établissement.</p> <p>Certaines activités sont communes avec celles du PASA.</p> <p>Une commission d'animation est organisée à chaque changement de saison. La dernière a eu lieu le mardi 12 avril 2022 (<i>affichage au programme de la journée</i>).</p> <p>Dans une unité, un calendrier prévisionnel des anniversaires est affiché.</p>	
5.2 ACHATS DE CONSOMMABLES					
<p>Achats de protections contre l'incontinence , nb d'unités achetées en 2019 et en 2021</p>		N	R	<p>La mission inspection a constaté une forte amplitude horaire entre le changement des couches des résidents l'après-midi (supérieure à 8 heures). Le changement des protections durant cette période est soit à l'initiative du résident, soit de l'aide-soignant.</p> <p>Sur deux résidents, le planning des protections indique une amplitude de 5 heures. Si pas d'interpellation du résident, aucun change n'est effectué (témoignages de résidents et de professionnels).</p> <p>Pour les personnes qui ne demandent jamais (raison pathologique ou par réserve), le change est à l'initiative de l'aide-soignant présent.</p> <p>L'après-midi, la mission inspection constate une odeur plus forte dans les couloirs corroborant des faits évoqués.</p>	
<p>Concernant l'incontinence, existe-t-il un bilan étiologique (bilan urodynamique), avec essai des modèles les plus appropriés ? Quelles</p>				<p>L'Idéc précise qu'un bilan étiologique et qu'une évaluation sont réalisés. Elle réalise les commandes via le logiciel [REDACTED].</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?				Le bilan n'a pas été fourni par l'IDEC le jour de l'inspection.	
5.3 ÉQUIPEMENT MEDICALISÉ ET INSTALLATIONS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE					
Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (mémoire de forme ou à air) en 2019 et en 2021	X			Location [REDACTED], 100% médicalisés (environ 15 patients Alzheimer avec lit au ras du sol)	
Nb de chambres équipées de rails le jour J Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation	X	N	R	25 chambres équipées de rails Le personnel soignant interrogé indique ne pas être formé à l'utilisation des rails plafonniers.	
Espace Snoezelen, salle de rééducation, balnéothérapie : état des lieux et fréquentation prévisionnelle/réalisée en 2021 et 2022 Nb de personnes formées à l'activité Snoezelen et date de formation		N	E	Lors de l'inspection, nous avons relevé que la salle « espace Snoezelen » est inutilisée, en effet, l'éclairage ne fonctionne pas, et des fauteuils ne permettent pas un accès à l'intérieur. Elle sert, en fait, de lieu de stockage. Aucun planning n'a été fourni. Il a été précisé à la mission que la salle n'avait pas été utilisée depuis 2019. Lors de l'inspection, nous avons relevé que la salle de balnéothérapie semble inutilisée, d'une part par l'absence de mentions sur la fiche de suivi de cet espace, et d'autre part par l'état général du matériel qui ne présente pas de traces d'usures ou d'utilisation. Pas d'affichage de planning	Article L. 311-3 du CASF

6 LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

6.1 Coordination médicale et soignante

Grille de contrôle/Qualité et sécurité des soins :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
6.1 COORDINATION MÉDICALE ET SOIGNANTE					
Medec avec diplôme en gériatrie/ ou DU de Medec ou formation continue Medec		N	E (P)	Il n'a pas été démontré que le Medec soit titulaire d'un DU de gériatrie.	Art. D312-157 CASF
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;				Traçabilité de l'avis du médecin co /CR de la visite de préadmission ou CERFA signé par le medco = traçabilité du dossier. Doit impérativement donner son avis à la préadmission (soins à réaliser et moyens de l'EHPAD)/Traçabilité de l'avis du médecin co	D312-158, 2°, CASF
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 ;				Vérifier l'adéquation GIR1 et état de santé (capacités), vérifier le nombre de personnes prises en charges par les kiné leurs évaluations tous les 3 mois et la traçabilité des séances effectuées (PMP)/ Nbre de GIR 1 < 20% si > problème à vérifier par le CD (PMP national : 220)	D312-158, 4°, CASF HAS, « Qualité de vie en EHPAD, volet 1, De l'accueil de la personne à son accompagnement » ⁵
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin.				Examen médical complet lors de l'admission. Volet de synthèse médicale, pathologie et ATCD méd. et chir. Volet soin dans le PVI Demander au Medco de filtrer dans le logiciel sur 6 mois : surveillance escarre (test de Norton ou Braden), état cognitif (test MMSE), risque de chute (Test de Tinetti ou Get up and go), évaluation de la douleur (test Algoplus (aigue)... ECPA (chronique)	D312-158, 6°, CASF
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;				Conciliation médicamenteuse/ concertations avec Medco, MT et pharmacien/ Renouvellement des ordonnances/ Listes des médoc écrasables/ Listes des morphiniques Traçabilité dans le dossier médical ou PVI Regarder dans le poste de soins la date des ordonnances et coffre à stupéfiant et liste des médocs écrasés	D312-158, 7°, CASF

⁵ Page 54 : « Planifier avec le coordonnateur la date de la première réunion dans le trimestre qui suit l'entrée de la personne ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
9° Elabore un dossier type de soins ;				<p>Vérifier l'accessibilité H24 et 7/7 pour tous les professionnels de l'EHPAD et extérieurs (libéraux, EMGE, réseau SP, HAD, CMP...).</p> <p>Vérifier les transmissions ciblées, la réalisation des soins, les prescriptions et la prise des traitements. Vérifier le dossier papier et son contenu.</p> <p>Vérifier le DLU et son accessibilité</p> <p>Demander 3 DLU de résidents à risque (HAD, fin de vie, tentative de suicide.).</p> <p>Mot de passe pour le logiciel personnalisé pour les professionnels externes"</p>	D312-158 CASF

7 CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Le Clos d'Etréchy, géré par Orpea, a été réalisée de façon inopinée le 13 avril 2022.

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

- D'organisation des ressources humaines
 - Fiche métier du directeur d'exploitation incomplète
 - Medec non titulaire d'un DU de gériatrie
 - Réunions de direction non formalisées (planning, CR)
 - Absence de démonstration que le mode d'intégration des nouveaux personnels garantisse la transmission des savoirs et l'appropriation des nombreux protocoles de soins et procédures
 - Absence de formations des salariés et d'attestations de formations
 - Absence d'émargement du personnel
 - Ratios d'encadrement réels non satisfaisants
 - Absence de volonté d'effectuer la totalité des remplacements requis et d'analyser les impacts sur la prise en charge des résidents
 - Nombre important de contrats courts pour pallier les postes vacants
 - Absence de fiches de poste identifiées par personnel
 - Incomplétude des dossiers RH
 - "Pas de contrôle des horaires d'entrée et de sortie du personnel
 - Glissement de tâches
 - Gestion du planning perfectible
 - Absence de procédure concernant les transmissions entre les équipes
 - Absence de réunions entre le personnel de jour et le personnel de nuit
- Du respect des droits des résidents
 - Dépassement du plafond de jours autorisés pour l'hébergement temporaire
 - Dossiers de résidents mal tenus
 - Absence de projet personnalisé pour les résidents
 - Plan bleu pas à jour
 - Pas de registre de réclamations/ doléances
 - Absence de signalement d'événements indésirables
- De la prise en charge hôtelière et de la dépendance
 - Absence d'exercices de sécurité
 - Barres d'appui mal fixées
 - Défauts de dilatation sur les murs
 - Locaux de rangement encombrés et ne respectant pas la destination initiale

- Propreté des toilettes pas assurée
- Local d'animations encombré
- Absence de thermomètre dans un des réfrigérateurs
- Présence de tuyaux d'arrivée d'eau non fixés dangereux dans le salon de coiffure
- Manque de distributeurs de SHA dans les parties communes
- Absence de suivi des Dasri
- Risque d'incendie avec certains mobiliers
- Pas d'accès appel malade dans certaines chambres de l'unité spécifique Alzheimer du premier étage
- Relevés des températures sur les chariots de repas irréguliers
- Suivi de nettoyage des fours à micro-onde non régulièrement renseigné
- Gestion des compléments alimentaires et des collations de nuit insatisfaisante
- Inutilisation de l'espace Snoezelen et de la salle de balnéothérapie

Ces constats font l'objet d'intentions (injonctions, prescriptions et recommandation) détaillées dans le lettre d'intention et nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Fait à Saint-Denis, le 24 mai 2022

L'inspecteur coordonnateur Benoît COSTA	La contrôlease Sylvie CHAMPON	Le contrôleur Laurent PINLONG
SIGNE	SIGNE	SIGNE
La personne qualifiée Méki MENIDJEL	La personne qualifiée Sonia PIRES	La personne qualifiée Fabrice MAGRI
SIGNE	SIGNE	SIGNE
La personne qualifiée Magalie VANDERSCHUEREN		
SIGNE		

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 : Écart
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 (rejointe par l'ex-ANESM)
HCSP : Haut-conseil 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'activité 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

7.1 Annexe I : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale
de l'Essonne

Affaire suivie par : Benoît Costa
Courriel : benoit.costa@ars.sante.fr
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr

Monsieur Benoît Costa, inspecteur de l'action
sanitaire et sociale, agence régionale de santé

Madame Sylvie Champon, contrôleuse
désignée par la directrice générale de l'agence
régionale de santé, agence régionale de santé

Monsieur Laurent Pinlong, contrôleur désigné
par la directrice générale de l'agence régionale
de santé, agence régionale de santé

Madame Sonia Pires, responsable du
département Autonomie, conseil départemental
de l'Essonne

Saint-Denis, le

08 AVR. 2022

Mesdames, Messieurs,

Mme Brigitte BOURGUIGNON, ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé 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, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Le Clos d'Etréchy, situé 4, rue de la Roche-Benotte à Etréchy (FINESS n° 910017888) 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.
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents

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 :

- Pour sa composante ARS :
 - o Benoît Costa, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordinateur de la mission
 - o Sylvie Champon, contrôleuse désignée par la directrice générale de l'ARS
 - o Laurent Pinlong, contrôleur désigné par la directrice générale de l'ARS
 - o qui seront accompagnés par Méki Menidjel désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.
- Pour sa composante Conseil départemental de l'Essonne :
 - o Sonia Pires, Directrice de l'Autonomie

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

- Fabrice Magri, référent qualité programmation
- Magalie Vanderschueren, référente qualité programmation.

L'inspection aura lieu à partir du 13 avril 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.
- 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.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France
Agence Régionale de Santé Ile-de-France
La Directrice Générale Adjointe



Amélie VERDIER
Sophie MARTINON

Le Président du Conseil
départemental de l'Essonne



François DUROVRAY

7.2 Annexe II : Courrier d'annonce

L'inspection étant inopinée, aucune lettre d'annonce n'a été signée.

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

Documents à remettre à la mission d'inspection ce matin :

- Liste des salariés présents ce jour : oui
- Liste nominative des résidents par chambre présents ce jour : oui
- Planning nominatif de tous les personnels de ce jour (y compris l'équipe de la nuit écoulée), légendé (explication des codes couleurs et abréviations) : oui
- Organigramme nominatif de l'EHPAD : oui
- Un plan des locaux : oui
- Nom du président de CVS : Madame [REDACTED]

Documents à remettre à la mission d'inspection ce jour. Pour les copies, merci d'indiquer en haut du document le numéro correspondant :

N°	Nature du document demandé	Copie papier ou numérique sur clé USB, ou consultation sur place	Transmis Oui / non
I-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			
1	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Non
2	Dossiers RH des salariés	Consultation	Oui
3	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Non (il n'y en a plus au sein de l'Ehpad)
4	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, et de l'IDEC	Copie et USB	Oui
5	Fiche de poste et lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Copie et USB	Oui
6	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie et USB	Oui
7	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Copie et USB	Oui

8	Calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2022	Copie et USB	Oui
9	Projet d'établissement, projet de soins, plan bleu, plan canicule	Copie et USB	Oui, sauf le plan bleu et canicule
10	Tableau des ETP actualisé	Copie et USB	Oui
11	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel non PDF) du mois en cours	Copie et USB	Oui
12	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Copie et USB	Oui et non (plan de formation, mais absence des noms des stagiaires)
13	Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	Copie et USB	Oui
14	Les fiches de tâches heurées des ASH	Copie et USB	Oui
15	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Copie et USB	Oui

II-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

16	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation	Oui
17	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	consultation	Non
18	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Copie et USB	Oui, incomplet (manque 2022)
19	Registre de sécurité	consultation	Oui
20	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes	consultation	Oui
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie et USB	Oui

22	CR des réunions du CVS/2021 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Copie et USB	Oui
23	Liste des protocoles internes	Copie et USB	Oui
24	Protocole bientraitance	Copie et USB	Oui
25	Protocole de gestion des urgence médicales	Copie et USB	Oui mais fait référence à un classeur de procédures d'urgences
26	Résultats de la dernière évaluation externe		
27	Facture des protections hygiéniques 2019 et 2021	USB	Non

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

Directeur d'astreinte

Secrétaire de direction

Infirmière coordinatrice

Psychologue

Auxiliaire de vie référent

ASG

AVH

Animatrice

7.5 Annexe V : les achats de consommables (§III-B)

- Achats des protections contre l'incontinence :

	2019	2020
Nombre de protections achetées	80 144	68 564
Nombre de résidents en GIR 1, 2 ou 3	56	56
Nombre de protections/jour/résident	3,9	3,3

Sources : factures transmises par l'établissement et ERRD 2019 et 2020

7.6 Annexe VI : Mobilier en partie brûlé du fait de sa proximité avec un radiateur électrique

