

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

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes EHPAD « LA RESIDENCE DU MOULIN DE L'EPINE »  
55 Rue Saint-Caprais, 91770 Saint-Vrain**

N° FINESS : 91 001 948 8

**RAPPORT D'INSPECTION n°  
2022\_0241**

*Déplacement sur site le 24 mars 2022*

**Mission constituée par**

- Monsieur Benoît Costa, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordinateur de la mission ;
- Madame Marie-Pascale Delaporte, inspectrice désignée par la directrice générale de l'agence régionale de santé ;

**Accompagnés par les personnes qualifiées**

- Monsieur Méki Menidjel, responsable du département Autonomie ; - Madame Sandra Roch, gestionnaire budgétaire

**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 disjointre, 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 |
|---------------------|---|

|  |            |
|--|------------|
| <b>SYNTHÈSE .....</b>  | <b>4 1</b> |
| <b>INTRODUCTION .....</b>  | <b>5</b>   |
| 1.1 Contexte de la mission d'inspection .....                                  | 5          |
| 1.2 Modalités de mise en œuvre .....   | 5          |
| 1.3 Présentation de l'établissement .....                                      | 5          |
| <b>2 CONSTATS .....</b>  | <b>6</b>   |
| <b>3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>                          | <b>7</b>   |
| 3.1 L'encadrement des équipes .....  | 7          |
| 3.2 La situation des effectifs .....   | 7          |
| 3.3 L'organisation du travail .....  | 7          |
| <b>4 RESPECT DES DROITS DES RÉSIDENTS .....</b>                                | <b>15</b>  |
| 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         |
| <b>5 PRISES EN CHARGE HÔTELIÈRE .....</b>                                      | <b>20</b>  |
| 5.1 Prestations hôtelières .....   | 20         |
| 5.2 Installations à visée thérapeutique .....                                  | 20         |
| <b>6 CONCLUSION .....</b>  | <b>24</b>  |
| <b>GLOSSAIRE .....</b>   | <b>25</b>  |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>27</b>  |
| Annexe I : Lettre de mission .....   | 27         |
| Annexe II : Courrier d'annonce .....   | 29         |
| Annexe III : Liste des documents consultés par la mission d'inspection .....   | 30         |
| Annexe IV : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection ..... | 33         |

## 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 diligentée par la Directrice générale de l'ARS, à la suite de signalements sur la plateforme 3977.

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 ;
- L'accompagnement des résidents, notamment au niveau du cadre de vie et du lien social ;
- 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 ;

### Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection était inopinée ; il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre sans délai à la disposition de la mission les documents cités en annexe 3.

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

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

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection ni lors des échanges postérieurs.

### Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'inspection a identifié 15 dysfonctionnements ou manquements qui feront l'objet de prescriptions ou recommandations.

## 1 INTRODUCTION

### 1.1 Contexte de la mission d'inspection

L'inspection de l'établissement a été proposée par le 3977, numéro national dédié à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap. La parution récente du livre intitulé « les fossoyeurs, révélations sur les systèmes qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe Orpea.

Aussi, la DG ARS a diligenté une inspection 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), avait pour thématiques la bientraitance et le droit des usagers.

## 1.2 Modalités de mise en œuvre

La mission d'inspection est constituée de :

- Monsieur Benoît Costa, inspecteur de l'action sanitaire et sociale et coordonnateur de la mission ;
- Madame Marie-Pascale Delaporte, inspectrice des agences régionales de santé ; □ Monsieur Méki Menidjel, personne qualifiée ; □ Madame Sandra Roch, personne qualifiée.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le jeudi 24 mars de 8 h 45 à 19h30, de manière concomitante avec une inspection de la gendarmerie

Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré l'équipe de direction, le personnel et les usagers et mené des entretiens. A l'issue de la journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la direction

## 1.3 Présentation de l'établissement

L'établissement est situé 55, rue des Caprais, 91770 Saint-Vrain. Il fait partie du groupe Orpea. Il est ouvert depuis février 2012. D'une capacité de 84 lits, il est composé de :

- 82 lits d'hébergement permanent (HP), dont deux unités spécialisées Alzheimer (USA) ;
- 2 lits d'hébergement temporaire (HT) en USA ; - 1 accueil de jour de 6 places.

L'Ehpad est réparti sur trois niveaux :

- Rez-de-chaussée : USA La Plaine (14 places) ;
- 1<sup>er</sup> étage : USA La Vigne (14 places), unité classique (28 places) divisée en deux : Epinay et Obélisque ;
- 2<sup>e</sup> étage : unité classique (28 places) divisée en deux : Les Péniches et l'Ecluse.

PMP validé le 17 novembre 2015 : ■■■

GMP validé le 17 novembre 2015 : ■■■

Un Cpom régional 2018-2022 a été signé en date du 12 juillet 2018 avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les objectifs sont communs à tous les Ehpad du groupe Orpea.

## 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**

#### **3.2 La situation des effectifs**

#### **3.3 L'organisation du travail**

| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O<br>/<br>C | N/<br>N<br>C | E/R | Commentaires  | Réf.  |
|--|-------------|--------------|-----|---|---|
| <b>3.1 - ENCADREMENT DES ÉQUIPES</b>   |             |              |     |   |   |
| <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> | C           |              |     | <p>Diplôme [REDACTED]<br/>Formation pour être responsable Master management gestion</p> <p>Directrice depuis [REDACTED]</p> <p>Lorsque la directrice est absente, les cadres de l'établissement, l'Idéc et l'adjointe de direction, sont joignables sur leur téléphone portable. Si elles ne sont pas joignables, le personnel peut joindre un autre directeur d'Ehpad Orpea du département, voire la directrice régionale.</p> <p>Toutes les nuits, la directrice est joignable, sinon la directrice adjointe.</p> <p>Tous les 8 week-ends, la directrice est d'astreinte présente sur son établissement. Elle peut être amenée à se déplacer sur un autre Ehpad Orpea de l'Essonne afin d'y régler un problème. Il en est de même des autres directeurs quand elle n'est pas d'astreinte présente.</p> <p>Un CR est établi si besoin, envoyé à la directrice régionale.</p> <p>Astreintes affichées à l'accueil, absence de la directrice affichée à l'infirmerie</p> | <p>D. 312-176-5 CASF<br/>L. 315-17 CASF<br/>D 315-67 à 71 CASF<br/>(délégation signature)<br/>Circulaire DGAS/ATTS/4D n° 2007-179 du 30/04/2007</p> |



|   |  |  |  |   |                           |
|---|--|--|--|---|---------------------------|
| Conformité de l'équipe pluridisciplinaire |  |  |  | <p>Présence d'une directrice, d'une adjointe, d'un Medec, d'une Idec, d'IDE, d'AS (dont une référente), d'un chef de cuisine, d'une secrétaire de direction, d'un animateur, d'un agent de maintenance et d'auxiliaires de vie. Un psychomotricien et une maîtresse de maison sont en cours de recrutement.</p> <p>L'organigramme remis n'était pas daté.</p> | D. 312-155-0 II11 du CASF |
|---|--|--|--|---|---------------------------|

Page

| Points abordés et constatés lors de l'inspection  | O / C | N / C | E/R | Commentaires   | Réf.  |
|---|-------|-------|-----|--|---|
| Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?   | C     |       |     | Medec à 0,5 ETP  | <u>D. 312-156, D. 312-157, D. 312-158 et D. 312-159-1</u> du CASF |
| Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?<br>Permanence/astreinte paramédicale ?   | O     |       |     | <p>Diplôme [REDACTED] attestant de l'occupation d'un poste d'infirmier coordinateur</p> <p>Forfait cadre, [REDACTED]</p> <p>Astreinte de direction en l'absence de la directrice. Présente en tant qu'Idec le weekend toutes les trois semaines</p>  |   |
| 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 ?<br>Planning des réunions réalisées 2021/programmées 2022 ? |       |       |     | <p>Réunions mensuelles des directeurs d'Ehpad de la région Ile-de-France sud (77, 89, 91)</p> <p>Pas de CR fourni</p> <p>[REDACTED] Le métier de directeur complexe : gestion du personnel difficile, familles de plus en plus en attente, prise en charge plus lourde (augmentation des GIR 1 et 2)</p> |   |

|  |             |              |     |   |      |
|--|-------------|--------------|-----|---|------|
| Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>1</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...   |             |              |     | Nomination d'une AS référente, visite des locaux, explication de l'organisation, échanges avec l'AS de l'étage, pas de binôme le 1 <sup>er</sup> jour   |      |
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O<br>/<br>C | N/<br>N<br>C | E/R | Commentaires  | Réf. |
| Formations prévues/réalisées dont :<br>pratiques professionnelles,<br>- bientraitance/prévention de la<br>maltraitance, - bon usage des outils et<br>équipements de travail.<br>(Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022<br>(prévisionnel) et attestations de formation dans les<br>dossiers salariés |             | N            | R   | Le plan de formation 2022 a été communiqué. Cependant, les noms des agents concernés n'apparaissent pas. Le plan de formation est formalisé en fonction des vœux des salariés et après entretien.<br>Certaines formations sont obligatoires.<br><br>Communication des attestations de formations pour les équipes réalisées par les sociétés extérieures. Les mini formations réalisées en interne sur leurs protocoles ne font pas l'objet d'attestations. |      |

<sup>1</sup> 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...

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
| Dispositifs d'accompagnement à la mobilité interne et à la promotion (par la VAE) ?<br>(Cf. Mêmes sources que supra) |  |  |  | 3 AVS sont en formation pour le DEAES (2) ou le DEAS (1) (contrat d'apprentissage).   |  |
| Mode de gestion des manquements professionnels ? (Cf. ; Entretiens direction + cadres)                               |  |  |  | En cas de manquement professionnel, le personnel est reçu par l'Iddec puis par la directrice. Si des manquements sont constatés au niveau de vacataires, ils ne sont plus rappelés et leurs noms communiqués aux autres directeurs Orpea. |  |
| Quelle politique de prévention des risques professionnels (TMS, ...) ?   |  |  |  |   |  |

---

### **3-2 LA SITUATION DES EFFECTIFS**

|   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) |  | N | R | <p>C'est la directrice, secondée par son adjointe, qui prépare le planning le 10 du mois précédent. L'Idéc affirme ne pas être associée dans son élaboration. Cependant, en cas d'absence, il lui incombe de répartir le travail sur l'ensemble des équipes.</p> <p>Binôme AS et ASH en tant que de besoin</p> <p>Binôme AS pour toilette si besoin L'Idéc adapte la prise en charge.</p> <p>Le premier planning qui a été présenté aux autorités était un planning annoté comportant de nombreux ajouts écrits au crayon. Pour nombre de contractuels à durée déterminée, seul le prénom était noté, pas le nom. Il s'avère, à sa lecture, qu'en plus des 16 CDI, 32 vacataires AS/ AES ont été ajoutés de manière manuscrite. Ceci est d'autant plus surprenant qu'un outil de gestion informatique est utilisé.</p> <p>L'outil utilisé est [REDACTED], logiciel de gestion de temps et de planning RH. Les fiches éditées dans un 2<sup>e</sup> temps à notre attention sont difficilement lisibles et leur compréhension complexe.</p> <p>USA RDC : 1 AV (7 h 15, 15 h 15), 2 AS (8h30, 20h)</p> <p>1<sup>er</sup> étage</p> <p>USA : 1 AV (7h15, 15h15), 2 AS (8h30- 20 h)</p> <p>Unité classique : 1 AV (7h15, 15h15), 3 AS (8h30, 20h)</p> <p>Etage 2</p> <p>Unité classique : 1 AV (7h15, 15h15), 3 AS (8h30,20h)</p> <p>Nuit : 3 AS (19h15, 7 h15)</p> <p>2 IDE : 8 h à 19h30</p> <p>Nuit : pas d'IDE</p> <p>Sur le planning, il manquait 3 ASH parmi ceux censés être présents. Imprimé par secteur, le planning communique des informations</p> |  |
|---|--|---|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | différentes. Aussi, force est de constater que les supports de suivi des effectifs, notamment soignants et ASH présentaient des incohérences et n'ont pas facilité le travail des inspecteurs. |  |
|--|--|--|--|--|--|

|   |  |    |   |   |
|---|--|----|---|---|
|   |  |    | <p>D'autre part, la répartition par binôme n'est pas clairement identifiée. Un AS interrogé énonce que les binômes ne sont pas constitués.</p> <p>Tous les matins, à sa prise de poste, l'Idéc fait le tour pour noter les présents. Le 24 mars, il y avait un AS absent qui n'a pas été remplacé.</p>  |   |
| <p>Comment la structure fait-elle face aux absences du jour ? Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?</p> <p>Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?</p> |  | NC | <p>Lorsqu'il y a des absents, l'Ehpad fonctionne principalement en mode dégradé. Les tâches sont réparties entre les effectifs présents. Il ne serait fait appel à des vacataires, qu'en cas de longue absence. Le recours à l'intérim est peu utilisé, qui permettrait pourtant probablement de proposer des contrats plus longs.</p> <p>La directrice admet qu'il y a des glissements de tâches en cas d'imprévus.</p> <p>Un soignant interrogé déplore la charge de travail très lourde, notamment pendant la Covid où il lui arrivait d'avoir à assumer jusqu'à 16 toilettes par jour. En temps « normal », le nombre de toilettes par jour est de 10. Il semblerait que le mode dégradé soit institutionnalisé par la direction et de fait, il travaille souvent seul. Cependant, le glissement de tâches ne concernerait pas la dispensation des médicaments.</p> | Article L.311-3-3 du code de l'action sociale et des familles |
| <p>Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).</p>  |  |    | <p>ETP cible en fonction de la capacité, du GMP et du PMP : 18,71<br/>ETP d'AS/ AES, 4,48 ETP d'IDE</p> <p>ERRD 2020 [REDACTED]</p> <p>EPRD 2021 : [REDACTED]</p> <p>Il a été demandé le tableau des ETP actualisés. Il nous a été communiqué une analyse de la masse salariale en termes de rémunérations qui pourrait laisser craindre une logique d'optimisation de la masse salariale, sans considération pour les conditions de prise en charge des résidents.</p>   |   |

|   |   |   |   |  |   |
|---|---|---|---|--|---|
| (Cf. Documents de gestion disponibles <sup>2</sup><br>Cf. aussi entretien directeur et tableau des effectifs)   |   |   |   |  |   |
| Nombre de postes vacants <sup>3</sup> au jour de l'inspection en ETP et par type de fonction  |   |   |   | Le jour de l'inspection, étaient vacants le poste de psychomotricien (0,5 ETP), de maîtresse de maison, 4 ETP d'AS/ AES et 4 ETP d'ASH. Ces postes sont théoriquement remplacés par des vacataires. 1 ETP d'IDE est vacant mais il sera pourvu début avril.                          |   |
| Existe-t-il une politique de fidélisation de son personnel par le gestionnaire et/ou la direction de l'EHPAD <sup>4</sup> ?   |   | N | R | L'appel à des « vacataires » pour des contrats courts semble privilégié en cas de poste vacant. Il n'a pas été démontré de stratégie d'attractivité ou de fidélisation suffisante  |   |
| Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?   |   |   |   |  |   |
| Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés?<br>Des fiches de tâches heurées pour les personnels de jour ? de nuit ?   | O |   |   |  |   |
| Tenue et complétude des dossiers RH<br>Diplômes et contrats de travail<br>Pièces d'identité ? Casier judiciaire ?<br>Entretiens avec les principaux responsables de l'EHPAD |   | N | R | 4 dossiers de personnels ont été étudiés, 2 CDI et 2 CDD. Ils sont incomplets :<br>manquent parfois le diplôme, l'extrait de casier judiciaire, la fiche d'aptitude (médecine du travail), le dernier entretien professionnel, les attestations de formation, le contrat de travail. |   |
| Absentéisme (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) ?<br>Taux de rotation (ratios, ancienneté dans les postes) ?                                |   |   |   | Taux de rotation et d'absentéisme non communiqués  | <u>Art. L. 1242-1 et L. 1248-1</u> du Code du travail |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O | N | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|---|---|-----|--------------|------|
| <b>3.3 - ORGANISATION DU TRAVAIL</b>             |   |   |     |              |      |

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

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

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



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?   |  |  |  | C'est la directrice et son adjointe qui, le 10 du mois précédent, établissent le planning du mois suivant. L'Idéc n'est pas associée pour le planning des équipes soignantes. Cependant, elle doit adapter la prise en charge en fonction des absences constatées. |  |
| Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?   |  |  |  | Oui, en cas d'imprévus et manque de 2 à 3 AS sur la structure  |  |
| Ecart mesuré entre le planning théorique et l'effectif présent le jour J ?   |  |  |  | 1 AS était absente. Elle n'a pas été remplacée et le personnel soignant a travaillé en mode dégradé.   |  |
| Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?  |  |  |  | De 7 h à 7 h 15 le matin, de 19 h 15 à 20 h le soir  |  |
| Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :<br>- qui en assure le pilotage ?<br>- existe-t-il une procédure ?<br>- mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?   |  |  |  | Cahier de transmissions à l'accueil, idem sur [REDACTED]<br>+ transmissions orales   |  |
| Quels sont les personnels présents la nuit ?<br>Comment rendent-ils compte de l'activité de la nuit ? à qui ? sur quel support ?<br>En cas de décisions en urgence la nuit, quelle est la procédure de validation ?<br>L'équipe de direction procède-t-elle à des visites inopinées la nuit, les fins de semaine et les JF ? |  |  |  | 3 AS pour 78 résidents<br>Astreinte IDE de nuit « intra » Orpea : 6 IDE concernés : 5 CDI et 1 vacataire. Elle ne consiste qu'en des conseils téléphoniques, pas de déplacement<br>La directrice et l'Idéc ont déjà procédé à des visites inopinées la nuit.       |  |

---

## **4 RESPECT DES DROITS DES RÉSIDENTS**

- 4.1 Nombre et profil des résidents accueillis au jour de l'inspection**
- 4.2 Modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents**
- 4.3 Communication avec les familles et le CVS**
- 4.4 Gestion des réclamations et des événements indésirables**



**Grille de contrôle/Respect des droits des résidents :**

| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N  | E/R | Commentaires   | Réf.   |
|--|---|----|-----|--|--|
| <b>4.1 NOMBRE ET PROFIL DES RÉSIDENTS ACCUEILLIS</b>   |   |    |     |  |  |
| Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?<br>Est-il tenu régulièrement à jour ?   | C |    |     | Oui<br>Au jour de l'inspection, l'Ehpad comptait 78 résidents (capacité : 82 HP, 2 HT)   | L 331 -2 (registre d'entrée et de sortie) et R. 331-5 CASF   |
| <b>4.2 MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS</b>   |   |    |     |  |  |
| 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 ?   |   |    |     | Utilisation de Via trajectoire<br><br>Visite de l'Ehpad assurée par la directrice, avec la famille. Contrevisite avec le futur résident recommandée. Le Medec et l'Iddec participent à l'étude du dossier d'admission. Le dossier médical est validé par le Medec.   | D312-155-1 décret du 13 avril 2012<br><br>Annexe 2-3-112/ D. 312-159-2 CASF et D. 312158 R. 311-33 à 37 CASF                                   |
| Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?<br><br>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). Faire vérifier par des IDE la présence de la PC et des DA dans le logiciel de soins |   |    |     | Remise du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil. Explications faites avant l'admission au sujet de la personne de confiance et des directives anticipées. 75 % des résidents ont désigné une personne de confiance et rédigé des directives anticipées.   | Art. L. 311-4-1 et L. 311-5-1<br><u>D.312-158 (14°) CASF</u> et Décret n°2016-1743<br>L. 311-5-1 CASF (personne de confiance) et L. 1111-6 CSP |
| Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? (Cf. Dossiers des résidents accueillis)  |   | NC | E   | La directrice assure que le PP est rédigé par la psychologue dès le mois suivant l'admission puis présenté lors du bilan d'intégration. Une copie est remise au résident et à sa famille. Depuis octobre 2021, un référent soignant est désigné. Cependant, aux dires de l'Iddec, ce n'est pas effectif car trop difficile à mettre en place.<br><br>Cependant, dans les quatre dossiers résidents consultés, aucun PP n'a été trouvé. | L.311-3-3 CASF<br><br>D 312-155-3 CASF<br><br><u>Art. D312.155.031</u><br><u>Anesm fiche repère le PP</u>                                      |
| Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?   |   | NC | E   | Oui, mais il n'est pas à jour. Il concerne 2014-2019. Il a été révisé fin 2020 et début 2021 et le nouveau projet est en cours de rédaction.   | art. <u>L. 311-8</u> et <u>D. 311-38</u> CASF  |

|   |          |          |            |  |             |
|---|----------|----------|------------|--|-------------|
| Quels sont les possibilités, moyens pratiques pour le respect de la liberté de culte, la participation aux scrutins électoraux ?  |          |          |            | <p>Une messe catholique est proposée une fois par mois au sein de l'Ehpad. Pas de demande de résidents qui pratiqueraient d'autres cultes.</p> <p>Participation aux scrutins électoraux</p> <p>Affichage fait à ce sujet par l'animateur. Minibus pour emmener les résidents qui le souhaitent voter à Saint-Vrain ou vote par procuration</p> |             |
| <b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>   | <b>O</b> | <b>N</b> | <b>E/R</b> | <b>Commentaires</b>  | <b>Réf.</b> |
| <p>L'intimité est-elle respectée dans les salles de douche, sanitaires ? 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 ?</p> <p>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> |          | N        | R          | <p>Le jour de l'inspection, la dignité et l'intimité du résident de la chambre 228 n'étaient pas respectées (porte de la chambre ouverte et résident alité mais pas encore toiletté)</p>   |             |
| Accueil de jour   |          |          |            | <p>L'Ehpad est autorisé pour un AJ de 6 places. Or il n'accueille que 2 personnes présents 2 jours par semaine. Pour rappel un AJ, doit être ouvert en théorie 253 jours par an.</p>   |             |



| 4.3 COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS  |   |    |   |  |   |
|--|---|----|---|--|---|
| Quels moyens de communication avec les familles existent (réunions, courriers...) ?  |   |    |   | Il existe une procédure écrite détaillant la communication avec les familles mais nous ne l'avons pas consultée.   |   |
| Des réponses écrites aux familles sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ?   |   | N  | R | Chaque réclamation de famille fait l'objet d'une réponse écrite. Seules deux réclamations écrites entre 2020 et 2021 ont été recensées car elles se font généralement par oral, sans traçabilité. Le registre de recueil de réclamations et doléances présenté le jour de l'inspection évoque plutôt un « livre d'or ». Il n'est par ailleurs pas suffisamment accessible. |   |
| Existe-t-il un conseil de vie sociale ou un groupe d'expression ou de toute autre forme de participation ?   | O |    |   | Oui  | D. 311-3 et D. 311-21 à 25<br>CASF  |
| Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?<br><br>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles |   |    |   | Il s'est réuni 3 fois en 2021. La prochaine réunion est prévue le 29 mars 2022. Un point sur les EI 2021 et 2022 est inscrit à l'ordre du jour.<br><br>Entretien avec le président du CVS  | D. 311-4 à -20  |
| 4.4 GESTION DES RÉCLAMATIONS ET DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES  |   |    |   |  |   |
| Affichage liste des PQ, tél 3977/ALMA ?<br><br>Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?   |   | NC | E | La liste des PQ n'est pas affichée.  | Obligations de sécurité de l'article L. 311-3 CASF et recommandations de bonne pratique HAS |
| Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)  |   |    |   | Oui, sinon, un rendez-vous est proposé.  |   |
| Un suivi et un bilan des réclamations sont-ils dressés ? Quid des signalements ? (documenter)  |   |    |   | Seules deux réclamations en 2021 et 2022 ont été produites (cf. plus haut)   |   |
| Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ?  |   |    |   | Un seul cas de maltraitance a été signalé à l'ARS en 2014-2015. Le salarié a été mis à pied.   | Article 434-3 du Code Pénal   |

|   |  |   |   |  |   |
|---|--|---|---|--|---|
| ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?  |  |   |   |  |   |
| 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...) ? |  | N | R | Politique peu visible et ce thème n'a pas été repéré dans le plan de formation 2022. Par ailleurs, le protocole « Bientraitance » se résume au support « Powerpoint » de formation bientraitance Orpea.  |   |
| Existence d'une procédure de recueil et de traitement des EI/EIG ?<br>Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ?<br>Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?                                   |  | N | R | Aucune procédure n'a été communiquée. La directrice annonce que les EI sont déclarés. Les fiches sont pré rédigées en interne mais relues et éventuellement corrigées par le siège.<br><br>Vérification à la DD : 0 EI reçu en 2021, 2 en 2022 | L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10<br>CASF et arrêté du 28/12/2016 |
| Les EI/EIG donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ? font-ils l'objet de retex ?  |  |   |   | Analyse en interne   |   |

---

## **5 PRISES EN CHARGE HÔTELIÈRE**

### **5.1 Prestations hôtelières**

### **5.2 Installations à visée thérapeutique**





**Grille de contrôle/PEC hôtelière et de la dépendance :**

| Points abordés et constatés lors de l'inspection  | O | N | E/R | Commentaires  | Réf.                   |
|---|---|---|-----|---|------------------------|
| <b>5.1 PRESTATIONS HOTELIÈRES</b>   |   |   |     |   |                        |
| <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>Sécurisation de l'unité spécialisée Alzheimer</p> <p>Gestion des réfrigérateurs : contrôle températures et nettoyage</p> <p>Cf. Registre de sécurité</p> |   |   |     | Seules 23 chambres sont équipées de rails de transfert. | L ;311-3 CASF HAS 2011 |

|  |          |          |            |   |             |
|--|----------|----------|------------|---|-------------|
| <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>Forte odeur d'urine au 2<sup>e</sup> étage due probablement à des poubelles pleines stockées dans le couloir.</p> <p>Chambres d'apparences spacieuses et propres. Les couloirs sont spacieux et lumineux. Cependant, un grand désordre a été constaté dans la plupart des locaux de stockage : réserve du salon L'Ecluse, tisaneries, locaux d'entretien, réserves de linge... Les protections sont rangées de manière aléatoire dans maints locaux. Beaucoup de ces locaux ne sont pas propres. Les WC du 2<sup>e</sup> étage sont sales (entartrés, poubelle qui déborde, pas de papier toilettes) Le sol du salon L'Ecluse n'est pas propre...</p> <p>Traçabilité du nettoyage des WC : au vu des affiches de nettoyage, les WC du RDC et du 2<sup>e</sup> n'ont pas été nettoyés depuis le 6 mars, 10 h.</p> <p>Un grand nombre de lieux de stockage ne sont pas utilisés pour l'objet pour lequel ils sont destinés, au vu de l'étiquette apposée à leur porte. De plus, plusieurs produits y sont stockés sans aucune sécurité (pots de peinture dont certains mal fermés, bouteilles de dissolvant)</p> <p>Chausson de résident trouvé au pied des poubelles (2<sup>e</sup> étage), peignoir usagé trouvé dans la réserve de linge propre du 1<sup>er</sup> étage</p> <p>Manque de distributeurs de SHA dans les parties communes de l'Ehpad.</p> |             |
| <b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>  | <b>O</b> | <b>N</b> | <b>E/R</b> | <b>Commentaires</b>   | <b>Réf.</b> |

|  |    |   |   |                    |
|--|----|---|---|--------------------|
|  |    |   | <p>Offices de soins du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> étage non utilisés de manière rationnelle et productive : pas de PC, pas de classeurs de protocoles d'urgence... L'office de soins de l'USA du 1<sup>er</sup> étage fait office de rangement de jeux, écoute musicale...</p> <p>La terrasse de l'USA du 1<sup>er</sup> étage est sale. La porte donnant sur l'escalier n'est pas fermée. Une table est dangereuse (coin abîmé et tranchant)</p> <p>Peinture et diluant stockés dans la tisanerie du 1<sup>er</sup> étage</p> |                    |
| <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>Les familles ont le choix entre deux options :</p> <p>1) Linge de corps géré par la lingère et linge de ville par la famille 2) Linge de corps et de ville gérés par un prestataire extérieur.</p> <p>De fait, l'Ehpad ne gère pas en interne le linge de ville. Le linge est marqué. Les résidents interrogés se déclarent satisfaits de l'entretien du linge même si parfois, des mélanges entre résidents sont constatés.</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>  |    |   | <p>Les résidents qui souhaitent bénéficier d'une douche quotidienne peuvent en bénéficier. Cette toilette est répertoriée dans les fiches de tâches heurées.</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>   | NC | E | <p>Deux test d'appel malade effectués :</p> <p>1) 7 minutes d'attente</p> <p>2) Au bout de 8 min, nous avons stoppé l'attente. La personne qui avait le DECT a informé qu'elle n'a pas pu se déplacer car elle gérait seule un résident du fait que son binôme avait quitté momentanément la chambre. Elle a indiqué qu'au bout de 3 minutes, si aucune intervention n'a été opérée par un personnel, l'accueil rappelle. Ceci n'a pas été constaté le jour de l'inspection.</p>  | Article L. 311-3-3 |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <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> |  |  | <p>Présence d'un animateur</p> <p>Planning affiché de manière visible à différents endroits de l'Ehpad</p> |  |
|---|--|--|--|--|

| 5.2 INSTALLATIONS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE  |  |    |   |   |
|--|--|----|---|---|
| <p>Espace Snoezelen, salle de rééducation, balnéothérapie : état des lieux et fréquentation prévisionnelle/réalisée en 2021 et 2022</p> <p>Nb de personnes formées à l'activité Snoezelen et date de formation</p> |  | NC | E | <p>L'Ehpad est équipé d'un espace Snoezelen. L'équipe d'inspection a demandé une liste des résidents qui l'ont utilisé en 2021 et le planning prévisionnel 2022. Ces éléments n'ont pas été communiqués. Les résidents interrogés ont mentionné qu'ils n'utilisaient jamais l'espace Snoezelen parce qu'on ne le leur proposait pas. Cependant, une formation « Projet d'espace multi sensoriel Snoezelen est programmée le 12 mai 2022. La formation des équipes est assurée par la psychologue.</p> <p>L'Ehpad ne dispose plus que d'une salle de balnéothérapie, située au sein de l'USA du rez-de-chaussée. Elle n'est pas utilisée depuis deux ans du fait de la Covid. Bien que désinfectée en octobre-novembre 2021, elle n'a pas depuis été réutilisée. Aucun planning de son utilisation n'a pu être communiqué.</p> <p>Une autre salle de balnéothérapie est étiquetée comme tel au 1<sup>er</sup> étage. Elle n'est plus utilisée et sert de débarras et de lieu de stockage (matelas anti-escarre, déambulateur)</p> <p>Pour rappel, une inspection de 2015 avait déjà pointé une sous-utilisation de l'espace Snoezelen et de la balnéothérapie.</p> |



## 6 CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Résidence du moulin de l'Epine, géré par Orpea, a été réalisée de façon inopinée le 24 mars 2022.

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

- ☐ Un défaut de traçabilité des formations, notamment internes, quant aux salariés qui y participent ;
- ☐ Des incohérences entre les supports de suivi des effectifs soignantes et ASH en poste ;
- ☐ Une insuffisance de personnel induisant une réorganisation quotidienne des tâches, des glissements ; de tâches et une surcharge de travail ;
- ☐ Une absence de plan d'action en faveur de la fidélisation du personnel ;
- ☐ Une mauvaise tenue des dossiers des personnels ;
- ☐ Une absence de projets personnalisés dans les dossiers de résidents ;
- ☐ Un projet d'établissement caduc ;
- ☐ Une insuffisance de suivi des réclamations des usagers et familles ; ☐ Un manque de visibilité d'une politique de promotion de la bientraitance ;
- ☐ Un manque de visibilité de la gestion des événements indésirables ;
- ☐ Un désordre dans les locaux de stockage (dépose pêle-mêle et concomitance de produits de soins/ matériels techniques)
- ☐ Un manque d'entretien des locaux collectifs et des WC ;
- ☐ Un manque de solutions hydrauliques dans les espaces communs ; ☐ Une réactivité insuffisante en cas de fonctionnement d'appel malade ;
- ☐ Un espace Snoezelen et une salle de balnéothérapie insuffisamment utilisés.

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

Fait à Saint-Denis, le 4 avril 2022

|  |  |
|--|--|
| L'inspecteur Coordonnateur<br>Benoît COSTA | L'inspectrice désignée par<br>la directrice générale de<br>l'ARS<br>Marie-Pascale<br>DELAPORTE |
| SIGNE                                      | 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

### 6.1 Annexe I : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale  
Essonne

Affaire suivie par : Benoît Costa  
Courriel : [benoit.costa@ars.sante.fr](mailto:benoit.costa@ars.sante.fr)  
& [ars-idf-inspection@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-inspection@ars.sante.fr)

Monsieur Benoît Costa, inspecteur de l'action  
sanitaire et sociale, délégation départementale  
de l'Essonne

Madame Marie-Pascale Delaporte, désignée  
inspectrice par la Directrice Générale de  
l'Agence Régionale de Santé, délégation  
départementale de l'Essonne

Saint-Denis, le 16 MARS 2022

Madame, Monsieur,

La 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, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence du moulin de l'Epine, situé 55, rue Caprais à Saint-Vrain (FINESS n° 910019488) qui a été inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- L'accompagnement des résidents, notamment au niveau du cadre de vie et du lien social ;
- La communication interne avec les résidents et les familles ainsi que les modalités de prise en compte de leurs demandes et la politique de bientraitance.

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 Monsieur Benoît Costa
  - o Madame Marie-Pascale Delaportequi seront accompagnés par
  - o Monsieur Méki Menidjel
  - o Madame Sandra Roch, désignées personnes qualifiées conformément à l'article L.1421-1 du CSP.

L'inspection aura lieu à partir du 24 mars 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 CSP<sup>1</sup> et L.133-2 du CASF<sup>2</sup> 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 me 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 me sera transmise dans les meilleurs délais.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

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

Agence Régionale de Santé Île-de-France  
La Directrice Générale Adjointe   
Amélie VERDIER

**Sophie MARTINON**

## **6.2 Annexe II : Courrier d'annonce**

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

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

#### **EHPAD « RESIDENCE DU MOULIN DE L'EPINE »**

#### **Inspection du 24 mars 2022 LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES**

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

- Liste des salariés présents ce jour
- Liste nominative des résidents par chambre présents ce jour

| N°  | Nature du document demandé  | Copie papier ou numérique sur clé USB, ou consultation sur place | Transmis<br>Oui / non |
|---|---|--|-----------------------|
| <b>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</b> |   |  |                       |
| 1   | Dossiers des résidents : projets de vie                                   | Consultation   |                       |
| 2   | Dossiers RH des salariés  | Consultation   |                       |
| 3   | Copie des registres des délégués du personnel                             | Consultation   |                       |
| 4   | Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, et de l'IDEC | copie  |                       |

# EHPAD « RESIDENCE DU MOULIN DE L'EPINE »

|   |   |       |  |
|---|---|-------|--|
| 5 | Fiche de poste et lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC  | copie |  |
| 6 | Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD<br>- (DUD) les salariés présents ce jour<br>- Liste nominative des résidents par chambre présents ce jour<br>- Planning nominatif de tous les personnels de ce jour (y compris l'équipe de la nuit écoulée), légende (explication des codes couleurs et abréviations)<br>- Organigramme nominatif de l'EHPAD<br>- Un plan des locaux<br>- Nom du président de CVS | copie |  |

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

## 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

|           |   |              |  |
|-----------|---|--------------|--|
| <b>16</b> | Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R3315 CASF)   | consultation |  |
| <b>17</b> | Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents   | consultation |  |
| <b>18</b> | Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD | copie        |  |
| <b>19</b> | Registre de sécurité  | consultation |  |
| <b>20</b> | Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes  | consultation |  |

|           |  |       |  |
|-----------|--|-------|--|
| <b>21</b> | Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)     | copie |  |
| <b>7</b>  | Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)  | copie |  |
| <b>8</b>  | Calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2022   | copie |  |
| <b>9</b>  | Projet d'établissement et projet de soins  | copie |  |
| <b>10</b> | Tableau des ETP actualisé  | copie |  |
| <b>11</b> | 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 |  |
| <b>12</b> | Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies  | copie |  |
| <b>13</b> | Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit  | copie |  |
| <b>14</b> | Les fiches de tâches heurées des ASH   | copie |  |
| <b>15</b> | Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection  | copie |  |

|           |   |       |  |
|-----------|---|-------|--|
| <b>22</b> | CR des réunions du CVS/2021 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles | copie |  |
| <b>23</b> | Liste des protocoles internes   | copie |  |
| <b>24</b> | Protocole bientraitance   | copie |  |
| <b>25</b> | Protocole de gestion des urgences médicales   | copie |  |
| <b>26</b> | Résultats de la dernière évaluation externe   | copie |  |



#### **6.4 Annexe IV : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection**

La directrice ;

L'infirmière-coordinatrice ;

Un aide-soignant

Deux résidents dont le président du CVS.

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