

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Direction départementale des Hauts-de-Seine

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « Résidence Saint Joseph » (EHPAD)
1/3 rue Fauveau à CLAMART (92140)
N° FINESS : 92 080 079 4**

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0115
Déplacement sur site le 15/02/2022

Mission conduite par :

- [REDACTED], désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique / Agence régionale de santé Île-de-France / Coordonnatrice de la mission ;
- [REDACTED], cadre chargé du contrôle et du suivi des établissements et services au Pôle solidarités / Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Accompagnés par :

- [REDACTED], désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

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. 1421-3 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 disjointe de ces mentions ».

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

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	4
INTRODUCTION.....	6
A) Contexte de la mission d'inspection	6
B) Modalités de mise en œuvre	6
C) Présentation de l'établissement et de l'organisme gestionnaire	7
D) Description et visite des locaux	10
CONSTATS	13
I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES.....	14
A) L'encadrement des équipes.....	14
B) La situation des effectifs.....	14
C) L'organisation du travail.....	14
II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS	44
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	44
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	44
C) La communication avec les familles et le CVS	44
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables	44
CONCLUSION	70
GLOSSAIRE	71
ANNEXES.....	72
Annexe 1 : Lettre de mission.....	72
Annexe 2 : Liste des documents sollicités par la mission d'inspection	74
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection.....	77
Annexe 4 : Arrêté conjoint n°2015-36 du 23 février 2015.....	78
Annexe 5 : Liste des écarts et remarques relevés et formulés par la mission d'inspection.....	81

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

La parution du livre *Les Fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*¹ a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (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'Agence régionale de Santé d'Île-de-France (ARS IDF) et par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine (CD92) au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débutera 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 et recours à l'intérim, formations.
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette mission d'inspection a été assurée par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine et l'Agence régionale de santé d'Île-de-France dans leur domaine de compétence, conformément au III de l'article L. 313-13 du CASF.

Elle s'est déroulée de manière inopinée sur une journée, le 15 février 2022.

Il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux ;
- Les fiches de tâches heureées par catégorie de professionnel (personnels soignants, médicaux et paramédicaux) travaillant ce jour.

¹ CASTANET, V., *Les fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, paru le 26 janvier 2022

Des documents complémentaires ont été recueillis et/ou consultés sur place².

La mission d'inspection a eu toute liberté de circulation et d'accès aux dossiers des résidents (volet administratif) et des salariés. Elle a pu organiser l'ensemble des entretiens prévus en sélectionnant elle-même les interlocuteurs.

La principale difficulté rencontrée par la mission d'inspection concerne le point ci-après :

- L'équipe de direction n'a pas été en mesure de transmettre les documents listés ci-dessus dans les premières minutes de la mission (panne imprimante et délai de réactivité de l'équipe de direction relativement important). En effet, hormis le plan des locaux et la liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite, les documents n'ont pu être accessibles que dans l'après-midi.

Principaux constats relevés par la mission d'inspection

Principaux points positifs :

Le contrôle a permis de relever des points positifs dans l'organisation et le fonctionnement de l'établissement :

- Un environnement extérieur agréable et des espaces intérieurs décorés avec soin ;
- La disponibilité et la qualité d'écoute de l'équipe de direction, aussi bien vis-à-vis des professionnels que des résidents. Le terme de « management participatif » est souvent revenu dans les entretiens ;
- Des professionnels relativement stables (près de la moitié des effectifs a un ■■■■ de 5 ans et plus) et impliqués ;
- Des résidents (et familles) satisfaits de l'accompagnement des équipes soignantes et des activités mises en place ;
- Une direction récente impulsant une dynamique de validation des acquis de l'expérience depuis plusieurs mois et prenant en compte la qualité de vie au travail des salariés ;
- Un programme d'animation fourni et diversifié.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission :

Le contrôle a permis d'identifier des écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles :

- o Une vacance du poste de médecin coordonnateur depuis le ■■■■■■. En revanche le médecin coordonnateur régional est présent sur site à raison d'une fois par semaine ;
- o La qualification aide-soignant n'est pas acquise pour l'ensemble des personnels effectuant les soins des résidents ;
- o Une incomplétude des dossiers des personnels consultés ;
- o Une culture de déclaration des événements indésirables (EI) par les professionnels quasi-inexistante en dehors de la déclaration des chutes ;
- o Une culture de déclaration des EI et événements indésirables graves (EIG) aux autorités peu développée malgré l'existence de procédures écrites ;
- o Une faible appropriation, voire une méconnaissance, des outils internes par les professionnels, notamment des procédures et le projet d'établissement ;
- o L'absence du registre de doléances et de suggestions d'améliorations à destination des résidents et de leurs proches ;
- o L'absence d'affichage du règlement de fonctionnement.

² Cf. Liste des documents sollicités par la mission d'inspection en annexe 2

INTRODUCTION

A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » situé au 1/3 rue Fauveau à Clamart (91240), qui appartient au groupe ORPEA.

La parution récente du livre intitulé *Les Fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés* a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA. Aussi, la Directrice générale de l'ARS Île-de-France et le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine ont diligenté une inspection conjointe 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), a eu pour objectif de réaliser, 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.

Suite à l'étude des signaux et réclamations réceptionnés par les deux autorités ainsi qu'en raison des délais contraints et de l'absence de représentant du corps médical ou paramédical dans l'équipe chargée du contrôle, il a été décidé d'investiguer en priorité les deux axes suivants dans le cadre de cette mission d'inspection, parmi les quatre axes précédemment présentés :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance.

B) Modalités de mise en œuvre

La mission d'inspection a été effectuée sur place et de manière inopinée, le 15 février 2022 de 9h20 à 18h40 par l'équipe suivante :

- [REDACTED], désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique / Agence régionale de santé Île-de-France / Coordinatrice de la mission ;
- [REDACTED], cadre chargé du contrôle et du suivi des établissements et services au Pôle solidarités / Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Cette équipe était accompagnée par :

- [REDACTED], désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Au cours de cette journée, la mission d'inspection a :

- Visité certains locaux de l'établissement ;

- Echangé avec les professionnels rencontrés au cours de la visite et pu pointer leur présence effective par cette occasion ;
- Echangé avec les résidents rencontrés au cours de la visite ;
- Procédé au test des appels malades dans 4 chambres et/ou salle de bain ;
- Mené des entretiens avec la Directrice, la Directrice adjointe et plusieurs professionnels de l'établissement ³ ;
- Rencontré deux familles de résidents à leur initiative.

L'équipe de direction a laissé toute liberté à la mission pour organiser les entretiens et accéder à la partie administrative des dossiers des résidents et des salariés.

A l'issue de la journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice et la directrice adjointe, afin d'échanger sur les principaux et premiers constats et mesures d'amélioration à envisager.

En outre, les jours suivants, la mission d'inspection a réceptionné sept témoignages et attestations sur l'honneur de la part de personnels n'ayant pu être interrogés lors de la visite ; ainsi que de la fille d'une résidente.

C) Présentation de l'établissement et de l'organisme gestionnaire



Photo n°1 : entrée de l'EHPAD « Résidence Saint Joseph »
Source : site internet de l'EHPAD « Résidence Saint Joseph »

Situé au 1/3 rue Fauveau à Clamart (92140), l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » est un établissement relativement récent dont les portes ont ouvert de nouveau en février 2012, suite à des travaux de réaménagement. Il est géré par la société anonyme (S.A) ORPEA dont le siège social est situé au 12 rue Jean Jaurès à Puteaux (92800) et autorisé⁴ pour une capacité

³ Cf. Liste des personnes auditionnées en annexe 3

⁴ Arrêté conjoint n°2015-36 du 23 février 2015 en annexe 4

de 80 places en hébergement permanent répartis en 76 chambres individuelles et 2 chambres double, sur 3 niveaux (le rez-de-chaussée et le sous-sol n'accueillant pas de chambre)

S'agissant de l'organisme gestionnaire, la S.A ORPEA est un groupe privé à but lucratif implanté dans plus d'une vingtaine de pays à l'heure actuelle. Il propose une offre de services et de soins pour prendre en charge les personnes fragiles et/ou en perte d'autonomie grâce à un réseau de 354 établissements et services répartis sur toute la France ⁵:

- Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que des résidences services seniors ;
- Des cliniques de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), sous l'enseigne CLINEA ;
- Des cliniques psychiatriques, sous l'enseigne CLINEA ;
- Des services d'aide à domicile à travers les réseaux d'agences Domidom et ADHAP Services.

Au total, le groupe ORPEA emploie environ 68 800 collaborateurs pour 111 801 lits répartis dans 1 114 établissements à travers le monde.⁶

Dans le département des Hauts-de-Seine, le groupe ORPEA gère 11 EHPAD, dont l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » qui est notamment conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladies de type Alzheimer avec une unité de vie protégée de 13 places.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de ■ résidents, soit un taux de présence de ■ %.

Selon le procès-verbal de validation en date du 17/05/2017, le Groupe Iso-Ressources (GIR) Moyen Pondéré (GMP) de la structure s'élève à ■ et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) à ■. Celles-ci sont en-dessous des GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France qui sont respectivement de 738 et 221 ; ainsi que du GMP départemental qui se situe à 736 en 2020.

En 2021, l'établissement a accueilli entre ■ et ■ résidents par mois. :

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Nb de résidents présents	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Nb de journées réalisées	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Selon l'ERRD 2020, les ■ résidents accueillis sur 2020 sont répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
EHPAD Saint Joseph 2020	●	●	●	●	●	●
IDF	●	●	●	●	●	●

La mission d'inspection constate une incohérence entre l'ERRD 2020 et les informations transmises dans le cadre de la présente inspection. En se basant sur le document de répartition des GIR 2020 et 2021 transmis dans le cadre de la mission d'inspection (document 34 de l'annexe 2), les résidents accueillis sur 2020 et 2021 sont répartis comme suit :

⁵ Source : site internet ORPEA / <https://www.orpea.com/>

⁶ Source : site internet ORPEA / <https://www.orpea-groupe.com/le-groupe/qui-sommes-nous/chiffres-cles>

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
EHPAD Saint Joseph 2020						
EHPAD Saint Joseph 2021 ⁷						
IDF	18%	40%	18%	17%	7%	

L'ERRD 2021 n'ayant pas encore été réalisé, la mission d'inspection ne peut pas comparer les données 2021.

Remarque 1 : L'établissement doit fiabiliser les données concernant la répartition par GIR des résidents accueillis.

Les tarifs hébergement et dépendance à compter du 1^{er} février 2022 sont les suivants :

Prix de journée hébergement (en TTC / jour / personne)			Tarifs dépendance (en TTC / jour / personne)	
LONG SEJOUR	Chambre individuelle	€	GIR 1-2	20,11 €
	Grande chambre individuelle	€	GIR 3-4	12,76 €
	Chambre double	€	GIR 5-6	5,41 €
	Chambre moyenne	€		
		€		
COURT SEJOUR	Chambre individuelle	€		
	Grande chambre individuelle	€		
	Chambre double	€		
	Chambre moyenne	€		
		€		

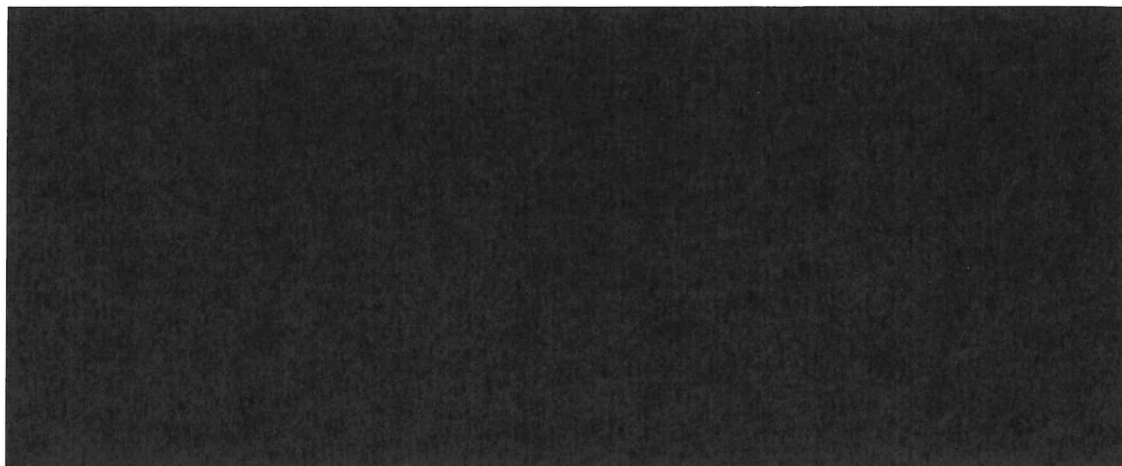
L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale. Son budget total de fonctionnement est de € en 2021, dont € de forfait global dépendance (dont 100 081,20€ de dotation globale versée par le Département) et € au titre du forfait soin (dont 167 801€ de crédits non reconductibles).

L'EHPAD fait partie d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2018-2022. Dans le cadre de la signature de ce CPOM, les parties prenantes ont élaboré un diagnostic partagé, duquel ont été identifiés plusieurs objectifs en lien avec les évaluations externes.

Les objectifs généraux de ce CPOM sont les suivants :



⁷ Pour les deux lignes en oranges, le calcul a été effectué conformément aux données transmises par l'établissement dans le cadre de la mission d'inspection.



Par ailleurs, l'EHPAD participe à l'expérimentation régionale continuité des soins la nuit en EHPAD par le biais d'une astreinte d'IDE mise en place en collaboration avec santé service.

D) Description et visite des locaux

Le bâtiment dans lequel est implanté l'EHPAD est un R+3.
D'après le plan des locaux transmis par l'établissement, la surface est répartie comme suit :

Le rez-de-chaussée bas du bâtiment accueille des locaux techniques, un vide-sanitaire, une galerie technique, une cuisine centrale, une salle à manger pour le personnel, les vestiaires et douches du personnel ainsi qu'une lingerie et une blanchisserie.

Le rez-de-chaussée haut dispose pour sa part de bureaux administratifs, d'un hall d'accueil, de sanitaires, d'un restaurant, d'un salon, d'un office de préparation culinaire, des bureaux du pôle médical, d'une réserve médicale, d'une infirmerie, d'un lieu de culte (salon sur le plan), d'une salle de balnéothérapie, de locaux de stockage, d'une salle Snoezelen, d'une salle de kinésithérapie et d'un local de coiffure.

Les étages accueillent les différentes unités de l'établissement ainsi réparties et composées :

- Unité de vie protégée (1^{er} étage) : 13 chambres individuelles avec toilette et salle de bain privative, 1 salon d'accueil, 1 salle d'activité et de restauration, 1 terrasse thérapeutique protégée, 1 poste de soins et des locaux techniques.
- Unité de vie grands dépendants (1^{er} étage) : 14 chambres individuelles avec toilette et salle de bain privative, 1 salon d'accueil, 1 tisanerie et 1 local technique.
- 2^{ème} étage (unité classique) : 31 chambres individuelles avec toilette et salle de bain privative, 1 chambre double avec toilette et salle de bain privative, 1 salon d'accueil, 1 tisanerie et des locaux techniques.
- 3^{ème} étage (unité classique) : 18 chambres individuelles avec toilette et salle de bain privative, 1 chambre double avec toilette et salle de bain privative, 1 salon d'accueil, 1 terrasse et des locaux techniques.

Lors de son arrivée, la mission d'inspection a procédé à la visite d'une partie des locaux ; le temps ayant été contraint, elle n'a pas été en mesure de visiter l'ensemble des pièces. Les pièces ayant été visitées par la mission d'inspection sont les suivantes :

- **Au rez-de-chaussée haut** : l'espace accueil, le salon de coiffure, le bureau de l'IDEC, l'espace de balnéothérapie, le lieu de culte, le bureau de l'animatrice, un petit salon, le local réserve, le salon Bagatelle, la salle à manger, la terrasse ;

- **Au 1^{er} étage** : l'unité de vie protégée (locaux de vie donnant accès à une terrasse sécurisée, local de réserve ménage, local linge propre/linge sale/stockage petit matériel, 1 chambre), l'unité de grands dépendants (1 chambre, local de réserve ménage, local linge propre/linge sale/stockage petit matériel, salon, office, locaux de vie)
- **Au 2^{ème} étage** : 1 chambre, le local de réserve ménage, le local linge propre/linge sale/stockage petit matériel, 1 salon et l'office ;
- **Au 3^{ème} étage** : 2 chambres dont 1 double, 1 salon, 1 local ménage, 1 terrasse sécurisée
- **Au rez-de-chaussée bas** : la réserve linge propre, la lingerie, les vestiaires des personnels (Femmes et Hommes), la réserve de matériels d'animation, la réserve de boissons et la salle de pause servant également de salle à manger du personnel.

La mission d'inspection a pu constater que les locaux étaient propres, soigneusement décorés et relativement bien entretenus, à l'exception des éléments suivants :

Remarque 2 : Le local de stockage du rez-de-chaussée est encombré par des cartons vides.

Remarque 3 : Le mur du salon d'accueil du 3^{ème} étage est abîmé par la poignée de la porte.

Remarque 4 : Plusieurs fissures sont apparentes sur les murs du couloir de l'unité de vie protégée.

Remarque 5 : Les locaux techniques présents dans le salon de l'unité de vie protégée n'étaient pas verrouillés à clé.

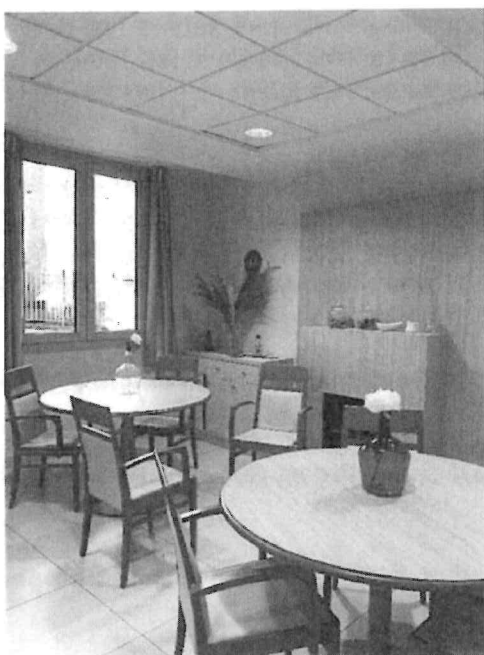


Photo n°2 (gauche) : Salon Bagatelle, au rez-de-chaussée haut

Photo n°3 (droite) : Local de stockage du rez-de-chaussée haut

Source : photos prises par l'équipe chargée du contrôle

Lors de la visite des locaux, l'équipe d'inspection a vérifié les dispositions prises en termes d'affichage des informations réglementaires.

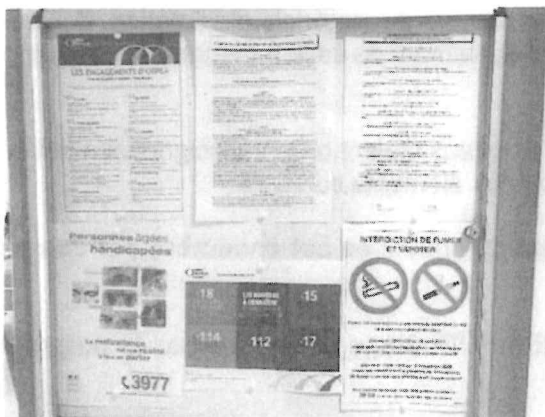


Photo n°5 (droite) : Tarifs proposés, disposé dans un support de présentation rotatif sur le bureau à côté de l'accueil

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans le hall d'accueil de l'EHPAD, conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). L'information du numéro vert 3977 à destination des personnes âgées victimes de maltraitance est affiché au même endroit.

Les tarifs pratiqués par l'établissement sont disposés dans un support pivotant disposé à côté du bureau de l'accueil, de même que la liste des personnes qualifiées et le compte rendu du conseil de la vie sociale (CVS), en date du 20 décembre 2021. Plusieurs autres documents sont disponibles dans ce support, parmi lesquels le livret d'accueil du résident, un exemple de contrat de séjour et le compte-rendu de la dernière commission restauration.

Remarque 6 : Il n'est pas affiché le règlement de fonctionnement de l'établissement.

Par ailleurs, la mission d'inspection a constaté que le registre de sécurité n'était pas affiché. Il a été transmis à la mission d'inspection une trame du registre de sécurité ; mais celui-ci n'est pas complété.

Remarque 7 : En l'absence d'éléments de preuve, la mission d'inspection ne peut pas affirmer l'existence effective du registre de sécurité.

CONSTATS

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

Consignes de lecture :

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

Ecart : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

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

Références réglementaires et autres références

Les références réglementaires et autres références sont inscrites dans la colonne « Réf. » des grilles de contrôle ci-après utilisées.

I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

A) L'encadrement des équipes

B) La situation des effectifs

C) L'organisation du travail

Grille de contrôle
Organisation des ressources humaines

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES					
Le jour de la visite d'inspection, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement et de manière habituelle ?	O/C		R8	Présentation de la Directrice de l'établissement La Directrice de l'établissement était présente le jour de l'inspection ; elle est arrivée aux alentours de [REDACTED]. Elle est arrivée en qualité de directrice sur l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » le [REDACTED] via un [REDACTED]. [REDACTED] sur l'EHPAD « Résidence Saint Joseph » et ne cumule pas la direction de plusieurs structures. [REDACTED].	D. 312-176-5 à -9 du CASF (Document Unique de Délégation et qualifications)
Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	O/C			Elle exerce [REDACTED] n.	Circulaire NDGAS/ATTS/4D n° 2007-179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction d'établissements ou services médico-sociaux
Recrutement, diplôme, qualité 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 ?	O/C			Elle possède un diplôme de [REDACTED]	
Subdélégations (documentées) de signature ?		N/NC	R10		
Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) Cf. Entretien avec l'équipe de direction	O/C		R9	Elle possède une fiche métier précisant sa mission, son environnement de travail et ses activités principales. Cette fiche métier est signée par elle-même et datée [REDACTED] <i>Missions inscrites dans la fiche de poste / fiche métier</i> D'après cette fiche de poste, la directrice exploitation assure une prise en charge de qualité aux résidents et veille à leur bien-être, en conformité avec les conditions de fonctionnement fixées par la législation et les tutelles, et dans le respect des valeurs du Groupe. En lien avec la Direction régionale et la Direction de Division et, dans le respect des lignes budgétaires, elle coordonne, développe et pérennise l'activité de la résidence, pilote la mise en œuvre des décisions stratégiques de la société et s'assure de l'application de l'ensemble des procédures. Elle veille au bon climat social de la résidence. Elle exerce sa mission dans le parfait respect de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, des règles d'hygiène et des procédures applicables. Les activités principales inscrites dans sa fiche de poste sont les suivantes : - Projet d'établissement de la résidence ; - Gestion des résidents et des familles ; - Gestion des équilibres économiques ; - Gestion des ressources humaines, en collaboration avec la DRH Groupe et la direction régionale ;	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				- Management, en collaboration avec les responsables de service ; - Sécurité des personnes et des biens ; - Démarche qualité. Une fiche de délégation de compétences et de missions au bénéfice de Madame la Directrice a été signée par l'ancien Directeur Général d'ORPEA et la Directrice elle-même le 5 octobre 2020. <u>Rotation sur le poste</u> Entre 2012 et 2022, l'établissement a connu deux changements de direction. Une directrice était présente de 2012 à 2019, [REDACTED] Puis une directrice a pris la suite, [REDACTED] Elle a été remplacée par la Directrice actuelle. <u>Modalités de remplacement et astreintes de direction</u> L'établissement dispose d'une fiche procédure indiquant la conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction. Cette procédure, rédigée par la Responsable Qualité EHPAD du Siège, est mise en application depuis le 1^{er} novembre 2019 ; elle ne porte pas de signature d'approbation. Dans la procédure, il est indiqué que l'astreinte de direction est assurée, prioritairement, par le directeur adjoint et un directeur d'astreinte ; ce qui concorde avec les déclarations recueillies par la mission d'inspection lors des entretiens qu'elle a pu mener. Il est également indiqué que le tableau des directeurs d'astreinte est affiché à l'accueil de l'établissement. La mission d'inspection n'a pas vu cet affichage. Remarque n°8 : Le tableau des directeurs d'astreinte n'est pas affiché dans l'accueil de l'établissement, ce qui ne satisfait pas à la procédure « Conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction » de l'établissement. Dans cette procédure, il est par ailleurs indiqué que le Directeur de l'établissement assure une permanence par roulement, [REDACTED] fonction de la zone géographique déterminée. La mission d'inspection a pu récupérer le planning des astreintes de direction de l'année 2021. Une incohérence par rapport à la procédure est à noter. En effet, il est indiqué dans la procédure que le Directeur de l'établissement assure une permanence par roulement et qu'il doit être présent tout le week-end sur son propre établissement, sauf s'il est amené à se déplacer sur un autre établissement de la zone géographique afin d'y régler une problématique. Or, dans le planning transmis, la personne présente sur site n'est pas nécessairement	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				L'établissement a transmis à la mission d'inspection un planning des jours de présence du médecin coordonnateur régional depuis le départ du médecin coordonnateur titulaire [REDACTED] par ainsi que [REDACTED]. Le temps de présence effective du médecin coordonnateur assurant l'interim est de moins de 0,5 ETP, bien que l'établissement possède 80 lits. Ecart n°1 : L'établissement ne possède pas de médecin coordonnateur titulaire et le médecin coordonnateur assurant l'interim est détaché à moins de 0,5 ETP, ce qui ne satisfait pas à l'article L. 312-156 du CASF. Remarque n°11: Le planning des astreintes médicales réalisées en 2021 ainsi que le planning prévisionnel des astreintes médicales 2022 n'ont pas été remis à la mission d'inspection. En l'absence d'un médecin coordonnateur titulaire, la mission d'inspection n'a pas demandé le contrat de travail signé entre le médecin coordonnateur et le représentant légal de l'établissement (conformément à l'article D.312-159-1 du CASF). En l'absence d'un médecin coordonnateur titulaire, la mission d'inspection n'a pas demandé à l'établissement si ce dernier intervenait habituellement également en tant que médecin traitant au sein de l'établissement (auquel cas, il conviendrait de signer le contrat mentionné à l'article R. 310-30-1 du CASF). L'établissement a transmis la liste des médecins traitants intervenant au sein de la résidence. L'identité et les coordonnées téléphoniques des différents médecins traitants sont identifiables. Il n'est toutefois pas possible d'identifier le médecin traitant de chaque résident sur cette liste. Par ailleurs, il n'est pas indiqué la dernière date de mise à jour du document.	

Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?	O/C	Recrutement L'IDEC [redacted] était présent sur site le jour de la visite : [redacted] L'IDEC régionale était sur place également afin d'assurer un tuitage pour faciliter cette nouvelle prise de poste. Formation, diplôme et documents administratifs L'IDEC de l'établissement dispose d'un diplôme d'état d'infirmier délivré le [redacted] Il dispose également d'une fiche métier rappelant les prérequis de son poste (diplôme, enregistrement dans le répertoire ADELI et inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers), sa mission, son environnement de travail et ses activités principales. Cette fiche métier est signée par l'IDEC et datée du [redacted] <i>Missions inscrites dans la fiche de poste / fiche métier</i> D'après la fiche de poste, en cohérence avec le projet d'établissement et en collaboration avec la directrice exploitation et le médecin coordonnateur, l'IDEC assure la coordination de l'équipe soignante afin d'offrir au résident une qualité des soins et des conditions de prise en charge optimale. Il assiste la directrice exploitation dans ses activités. Il exerce sa mission dans le parfait respect des Chartes ORPEA, de l'intimité et de la dignité du résident, veille à son confort et à sa sécurité, observe la confidentialité des informations qu'il détiend à son égard et agit conformément aux procédures applicables. Les activités principales inscrites dans sa fiche de poste sont les suivantes : - Coordination et organisation des activités et des soins ; - Contrôle de la gestion des matériels et des produits ; - Management de l'équipe de soins ; - Développement des compétences et démarche qualité. Astreintes L'IDEC apparaît parfois comme « personne présente sur site » sur le planning des astreintes de direction. Dans le cadre de la participation de l'établissement à l'expérimentation régionale continuité des soins la nuit en EHPAD, la permanence des soins paramédicaux la nuit est assurée grâce à Santé Service qui met à disposition des cadres de nuit de 21h à 7h. Il a également été remis à la mission d'inspection un document affiché
Permanence/astreinte paramédicale ?	O/C	

				dans l'infirmerie rappelant les événements pour lesquels il convient de contacter le SAMU et ceux pour lesquels il convient de contacter l'astreinte de nuit (IDE de nuit à Saint Rémy les Chevreuses de 20h à 7h). Outre ces éléments, aucun planning d'astreintes réalisées en 2021 ou d'astreintes prévisionnelles sur 2022 pour le paramédical n'a été transmis à la mission d'inspection. La mission d'inspection n'a pas demandé le contrat de travail du professionnel ; elle n'a donc pas pu exploiter ce document.
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 ?	O	NC	R12	Reporting et fonctions support Il a été indiqué à la mission d'inspection que le Siège pouvait être sollicité autant que de besoin sur les fonctions support (juridique, comptabilité, etc.). L'établissement bénéficierait toutefois d'une réelle autonomie de décision dans l'ensemble des actions courantes ; par exemple, pour le recrutement des collaborateurs (entretien, réalisation du contrat et proposition de la rémunération). Il a été indiqué à la mission d'inspection que l'établissement était tenu de réaliser un reporting hebdomadaire auprès du Siège, concernant notamment : - Le suivi du taux d'occupation ; - Des indicateurs de suivi sur les EPI nécessaires dans le cadre de crise sanitaire (masques, gants, solutions, nombre de tests disponibles, etc.) ; - Des indicateurs de suivi de la vaccination (résidents et professionnels). Des captures d'exemples des tableaux de reporting ont été transmis à la mission d'inspection. Réunions avec le Siège Il a été indiqué à la mission d'inspection que l'ensemble des directeurs de la région se rencontreraient une fois par mois lors de la commission régionale, qui se déroule en présence de la Directrice régionale, de l'IDEC régionale et du médecin coordonnateur régional. Un planning des réunions régionales réalisées en 2021 ainsi qu'un planning prévisionnel des réunions régionales 2022 ont été transmis à la mission d'inspection. La mission d'inspection est en attente de transmission des compte-rendu des réunions régionales mensuelles des 6 derniers mois. Par ailleurs, il a été indiqué à la mission d'inspection que la Directrice régionale venait [REDACTED] sur l'établissement afin d'avoir un temps d'échange avec l'équipe de direction sur l'ensemble des sujets nécessaires : point commercial (comment se passe le flux ? pourquoi les résidents sortent-ils de l'établissement (décès, rapprochement familial) ? comment est connu l'établissement ?), point sur les projets d'animation, etc.
Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ?	O/C		R12	
Planning des réunions réalisées 2021 / programmées 2022 ?	O/C			

			La mission d'inspection est en attente de transmission des comptes rendus de ces temps d'échanges mensuels des 6 derniers mois. Réunion de l'équipe de direction L'équipe de direction est composée des membres suivants : directrice, adjointe de direction, apprentie de direction (en contrat professionnel), IDEC, médecin coordonnateur et gouvernante. L'équipe de direction se réunit une fois par semaine en staff (un planning des staffs 2021 a été transmis à la mission d'inspection ainsi qu'un planning prévisionnel des staffs pour les quatre premiers mois de l'année 2022). Il a été transmis à la mission d'inspection une procédure concernant la mise en œuvre de ces réunions ; dont la dernière mise à jour date du 1^{er} mai 2017. Cette procédure met en avant l'existence d'un classeur Staff, a minima constitué des intercalaires suivants : ordre du jour, fiches de présence et un intercalaire par fonction (direction, administratif, soins, paramédical, animation, hébergement, restauration, travaux et sécurité). La mission d'inspection n'a pas vérifié l'existence de ce classeur. La procédure met également en avant l'existence d'un logiciel ; ce dernier n'a pas été évoqué lors de la visite de la mission d'inspection. Une feuille d'émargement est signée lors de cette réunion hebdomadaire (document non transmis à la mission d'inspection) mais aucun compte-rendu n'est réalisé. Sur les plannings transmis à la mission d'inspection, des thématiques mensuelles sont indiquées. A titre d'exemple, le fil conducteur des staffs du mois de janvier 2022 était le recensement des goûts culinaires des résidents des unités Alzheimer et grands dépendants. Il a été indiqué à la mission d'inspection que les points habituellement abordés étaient les suivants : entrées et sorties de résidents, stagiaires, travaux, journées à thème, évaluation, commission d'analyse des aptitudes professionnelles, etc. Il a été remis à la mission d'inspection une trame de recensement des thématiques à aborder lors de la réunion hebdomadaire ; mais la mission d'inspection n'a pas eu d'exemples complétés et ne peut donc pas attester de l'utilisation effective de cet outil. Lors de cette réunion, l'équipe échange sur le fonctionnement et les dysfonctionnements de l'établissement. Dans ce dernier cas de figure, il a été indiqué à la mission d'inspection qu'un plan d'actions est formalisé et transmis aux collaborateurs. Il a été transmis une trame de plan d'action à la mission d'inspection ; mais la mission d'inspection n'a pas eu d'exemples complétés et ne peut donc pas attester de l'utilisation effective de cet outil.
--	--	--	--

				Si un collaborateur est absent, il a été indiqué à la mission d'inspection qu'un staff individuel se mettait en place pour lui transmettre les informations nécessaires. Remarque n°12 : En l'absence de transmission des comptes rendus des réunions 1) régionales, 2) Directrice Régionale / établissement et 3) de l'équipe de direction des 6 derniers mois, la mission d'inspection ne peut objectiver la documentation de ces réunions.	ANESM Mission responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008
Réunions de la direction avec le personnel : fréquence et nature des réunions ?	N	R13		Réunions de la direction avec le personnel Il n'existe pas de réunion institutionnalisée entre la Direction et le personnel. Les temps d'échanges se font de manière informelle, lors des transmissions ou lors d'événements spécifiques (exemple : petit-déjeuner organisé). Il n'y a pas de production de compte-rendu à l'issue de ces temps d'échanges informels. Remarque n°13 : Il n'existe pas de réunion institutionnalisée et documentée entre la direction et le personnel de l'établissement.	
Qualité du dialogue et de l'écoute ? prise en compte et règlement des problèmes ?	O	C		Qualité du dialogue et de l'écoute Il a été remonté à la mission d'inspection, tant lors de la visite que via les témoignages et attestations sur l'honneur reçus dans les jours suivants la mission d'inspection, une réelle disponibilité et qualité d'écoute de la part de la Direction. Cette dernière est décrite comme étant accessible, disponible, à l'écoute, proactive dans la résolution des problèmes rencontrés et encourageante vis-à-vis des qualités professionnelles des agents exerçant au sein de l'établissement. A titre d'exemple, dans la prise en compte des problèmes rencontrés par les équipes, l'équipe de direction a créé des postes en 2021 pour renforcer les équipes de nuit.	
Autres modes de communication/soutien/régulation interprofessionnels, thèmes, périodicité, qui s'en charge ?	O			Il a été indiqué à la mission d'inspection que les collaborateurs étaient régulièrement évalués par l'IDEC sur leurs pratiques professionnelles (réalisation d'une toilette, mise en place du circuit du médicament, etc.). Pendant l'absence de l'IDEC, il a été indiqué à la mission d'inspection que c'est l'IDEC régionale qui assurait cette mission.	
Existe-t-il des pratiques organisées de soutien professionnel et d'analyse des pratiques, tutorat ?	O			Pendant l'absence de l'IDEC, l'IDEC régionale a également mené des réunions pluridisciplinaires. Les comptes rendus et feuilles d'émargement des réunions pluridisciplinaires réalisées sur l'année 2021 ont été transmis à la mission d'inspection ; cela n'a pas été le cas pour le mois de janvier 2022. Aussi, la mission	

Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste⁹ et dossier RH type, remise de documents : RF...	O/C	R14 R15 R16	d'inspection n'a pu vérifier la bonne tenue de ces réunions pluridisciplinaires pendant l'absence de l'IDEC titulaire. Les réunions pluridisciplinaires sont animées par l'IDEC et le médecin coordonnateur. Sur certains mois, la mission d'inspection a pu constater que ces réunions pluridisciplinaires étaient plus fréquentes qu'une fois par semaine. Par ailleurs, la mission d'inspection a constaté qu'il n'existait pas de groupe de parole au sein de l'établissement. Par contre, il a été indiqué à la mission d'inspection la mise en place d'un accompagnement individuel pour chaque nouveau salarié et ce, quel que soit le corps de métier (cf. question suivante pour plus de détails).	
			Procédure embauche et intégration d'un nouveau salarié Il existe une procédure écrite concernant l'embauche d'un nouveau salarié et son intégration. Cette fiche de procédure a été rédigée par la Responsable Administrative (département qualité) du Siège de l'association. La dernière mise à jour a été effectuée le 2 novembre 2019. Il existe une incohérence entre cette procédure écrite et les informations recueillies par la mission d'inspection lors de sa visite. Alors qu'il a été indiqué à la mission d'inspection que l'établissement possédait toute latitude pour recruter des collaborateurs et qu'il devait simplement en informer le Siège du Groupe, cette procédure met en avant l'existence d'un logiciel [REDACTED] sur lequel l'établissement doit effectuer une demande d'autorisation d'embauche ou de remplacement et attendre une validation de la part de la Direction régionale. Remarque n°14 : Etant donné les incohérences entre la procédure écrite d'embauche d'un nouveau salarié et les propos recueillis le jour de l'inspection, la mission d'inspection ne peut préciser le degré d'autonomie de l'établissement au regard du Siège du Groupe dans le processus de recrutement. Livret d'accueil Il a été remis à la mission d'inspection un livret d'accueil des nouveaux salariés, dont la dernière mise à jour a été faite en mai 2021. [REDACTED]	HAS, 2008 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

⁹ Par ex. : travail en double, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

				Plusieurs incohérences ont été relevées par la mission d'inspection à la lecture de ce livret d'accueil : - Remarque générale : La personnalisation à l'établissement concerné des documents produits par le Siège n'est pas exhaustive. A titre d'exemple, plusieurs mentions écrites par le Siège de l'association n'ont pas été supprimées (exemple, page 38 : « à adapter selon la représentation existante »). - Page 14 : Il est indiqué que les plannings sont affichés en début de chaque mois alors qu'il a été déclaré à la mission d'inspection que les plannings étaient affichés deux mois à l'avance. - Page 16 : Il est indiqué qu'un journal interne est édité trimestriellement en reprenant les projets mis en place par les équipes ORPEA et qu'un exemplaire est consultable à l'accueil. L'équipe d'inspection n'a pas été en mesure de voir ce journal interne. - Page 18 : Il est indiqué que la vie de l'établissement est présentée mensuellement dans la Gazette de l'établissement. Il n'a pas été fait mention de cette Gazette à la mission d'inspection lors de sa visite. Remarque n°15 : Les documents rédigés au niveau du Siège du Groupe ne sont pas toujours complètement personnalisés à l'établissement. Il n'a pas été précisé à la mission d'inspection si le règlement de fonctionnement était remis aux nouveaux arrivants. Cela n'est, dans tous les cas, pas mentionné dans la procédure d'accueil des nouveaux arrivants. Remarque n°16 : Il n'est pas précisé la remise du règlement de fonctionnement de l'établissement aux nouveaux arrivants dans la procédure formalisée d'accueil des nouveaux salariés, comme cela est recommandé par la HAS, ex-ANESM. Mise en place d'un tutorat Il a été indiqué à la mission d'inspection la mise en place d'un accompagnement individuel pour chaque nouveau salarié et ce, quel que soit le corps de métier.
--	--	--	--	---

Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. <i>Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>	O / C	R17	Il a été indiqué à la mission d'inspection que la formation au sein de l'établissement recouvrait trois modalités principales : - Mini formations d'une trentaine de minutes - Formations obligatoires, parmi lesquelles une formation incendie deux fois par an ; - Des formations proposées en fonction des besoins recensés. Il a été indiqué à la mission d'inspection que le recensement des besoins s'opérait de deux manières distinctes : - Lors des réunions pluridisciplinaires, les collaborateurs ont l'opportunité de faire remonter leurs besoins et souhaits de formation. - Lors des contrôles d'évaluation des pratiques professionnelles, les cadres peuvent identifier des besoins de formation. Les comptes rendus des réunions pluridisciplinaires 2021 transmis à la mission d'inspection ne font pas état de mini formations ; aucun espace dédié à cette thématique n'est mis en place dans la trame habituelle. Toutefois, lors de la consultation des documents sur place, la mission d'inspection a pu constater la présence d'un classeur recensant les mini formations délivrées en 2020, parmi lesquelles : visite commerciale, logiciel , gestes et postures, télé-médecine, programmation et gestion des plans de soins, réponse aux appels malades, agressivité d'un résident, Plan Bleu et traçabilité administrative.	R.4227-39 du Code du Travail¹⁰ (formation incendie) Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
---	-------	-----	--	--

¹⁰ R.4227-39 du Code du Travail : « La consigne de sécurité incendie prévoit des essais et visites périodiques du matériel et des exercices au cours desquels les travailleurs apprennent à reconnaître les caractéristiques du signal sonore d'alarme générale, à se servir des moyens de premier secours et à exécuter les diverses manœuvres nécessaires. Ces exercices et essais périodiques ont lieu au moins tous les six mois. Leur date et les observations auxquelles ils peuvent avoir donné lieu sont consignées sur un registre tenu à la disposition de l'inspection du travail. »

					Cohérence avec les attestations de formation Afin d'objectiver la cohérence des plannings de formations avec les attestations de formations délivrées mais tenant compte des délais contraints, la mission d'inspection a sélectionné de manière aléatoire ■ attestations de formation. Les données vérifiées par la mission d'inspection (date de la formation, nombre de personnes et nom de l'organisme formateur) sont cohérentes. Les attestations de formation transmises sont signées par l'organisme formateur et datées.	
Dispositifs d'accompagnement à la mobilité interne et à la promotion (par la VAE) ? Cf. Mêmes sources que supra	O/C				Au jour de la visite, la mission d'inspection a pu constater que plusieurs professionnels (5) étaient engagés dans une démarche de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Ces derniers avaient, pour la plupart, déjà validé le livret 1 (4) et étaient en attente de validation du livret 2. Cela semble cohérent avec les plannings de formations 2021 dans lesquels la mission d'inspection a pu constater la présence de plusieurs sessions de formations VAE du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (pour 3 personnes seulement) ; ainsi qu'avec les éléments consultés sur place par la mission d'inspection. En effet, lors de la consultation des documents sur place, la mission d'inspection a pu constater la présence de ■ livrets 1 dans les dossiers RH des personnels travaillant le jour de la visite. La mission d'inspection est en revanche en attente de la transmission des éléments de preuve pour le livret II (notamment le mail indiquant que la période d'inspection à la DRIETS est décalée). La mission d'inspection a par ailleurs été informée par plusieurs professionnels qu'un réel soutien de la part de la Direction de l'établissement avait été mis en œuvre pour lancer cette importante campagne de VAE. Dans le livret d'accueil des nouveaux salariés, il est indiqué que le développement du Groupe ORPEA – CLINEA permet d'envisager une mobilité géographique sur un autre établissement du groupe et que des passerelles entre les deux sections sont envisageables. Pour cela, il convient d'adresser ses souhaits à la Direction de son établissement. Pour illustrer ce propos, il a été communiqué des exemples de mobilité et promotion interne à la mission d'inspection parmi lesquelles : - La professionnelle qui occupait précédemment le poste d'IDEC exerçait déjà en temps qu'IDE dans un autre établissement du groupe CLINEA ; - Une directrice adjointe avait pu bénéficier d'une mutation dans le cadre d'un rapprochement de domicile.	
Mode de gestion des manquements professionnels ? Cf. Entretiens direction + cadres	O			R18	Des éléments portés à sa connaissance lors de la visite, la mission d'inspection a pu constater que les manquements professionnels étaient gérés de manière plutôt informelle. Il a été indiqué à la mission d'inspection que le professionnel concerné	

Quelle politique de prévention des risques professionnels (TMS, ...) ?	O/C			était reçu par son responsable hiérarchique pour échanger et qu'un plan d'actions et de soutien était mis en place. Il n'a pas été transmis d'exemple de plan d'actions et de soutien mis effectivement en place à la mission d'inspection ; qui ne peut donc pas attester de la mise en œuvre effective de cet élément. Si le manquement professionnel est grave, il a été indiqué à la mission d'inspection qu'un licenciement pouvait être opéré. Il a été porté à la connaissance de la mission d'inspection la mise en place de trois mesures disciplinaires en 2021 : - dont les compétences professionnelles ne satisfaisaient pas aux exigences attendues sur son poste ; - suite au non-respect des obligations de sécurité sur la - La mission d'inspection a pu retrouver les trois mesures disciplinaires évoquées dans le compte-rendu du CVS en date du 20 décembre 2021. L'établissement dispose de deux procédures relatives aux sanctions disciplinaires applicables aux professionnels en cas de suspicion de maltraitance envers un résident, toutes deux mises à jour en novembre 2018. Ces dernières insistent sur les points suivants : - La vigilance à avoir lors du recrutement - La formation, le repérage et la sensibilisation à la prévention des situations de maltraitance - La nécessité d'éloigner la personne suspectée de maltraitance dès connaissance des faits, dans l'attente de la décision qui découlera de l'entretien préalable à un éventuel licenciement - La mise en place de soutien - La nécessité d'informer les autorités de tutelle dans un délai de 48 heures Remarque n°18 : Il conviendrait d'établir une procédure concernant la gestion de l'ensemble des manquements professionnels, ceux-ci ne se résument pas à la maltraitance.	L.4121-1 du Code du Travail
				Sur 2021, il a été indiqué à la mission d'inspection que les absences pour accident du travail étaient au nombre de (pour un total de) ; soit % des causes totales d'absentéisme sur l'année 2021. Il a été remis à la mission d'inspection le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) dont la dernière mise à jour date du 16 avril 2021. Les niveaux de maîtrise par thématique sont les suivants : - La chute de plain-pied : 93%	

				- La chute de hauteur : 100% - L'accident de circulation dans l'enceinte de l'établissement : 100% - L'inconfort lors de la réalisation d'une activité professionnelle : 100% - L'incendie : 100% - L'accident de trajet (domicile-travail) : 100% - Les risques psychosociaux : 92% - Les risques liés aux installations structurelles : 100% - Les blessures ou intoxications par produits chimiques : 90% - Les troubles infectieux : 100% - Les troubles musculo-squelettiques : 100% - Blessure par un animal (domestique ou nuisible) : 100% - Infection COVID 19 : 100% Concernant la partie sur les troubles musculo-squelettiques, le DUERP fait ressortir l'existence d'une commission trimestrielle des accidents du travail. La mission d'inspection n'a pas été informée de cette commission et n'a pas eu accès aux comptes rendus évoqués dans le DUERP. Par ailleurs, le livret d'accueil des nouveaux salariés dispose d'un paragraphe et d'une annexe dédiés aux troubles musculo-squelettiques indiquant que le groupe ORPEA s'engage dans une politique de prévention des risques professionnels et que cette dernière inclue un volet dédié à la prévention des troubles musculo-tendineux avec la mise en place d'actions de formations répétées, d'informations sur les indications et l'utilisation du matériel technique. Il est par ailleurs indiqué que la direction de l'établissement s'engage à mettre à disposition, selon les besoins de la structure, des formations spécifiques en rapport avec le métier du professionnel, des espaces de repos pour les salariés et du matériel d'aide aux manipulations-manutenitions. La mission d'inspection n'a pas demandé s'il existait un référent TMS, comme demandé dans le CPOM signé par le Groupe ORPEA pour la période 2018-2022. Il a été indiqué à la mission d'inspection que l'établissement possédait des rails de transfert de véhicules-personnes. Lors de sa visite, la mission d'inspection a vérifié la présence de rails au sein de certaines chambres de l'unité grands dépendants. Les salariés disposent par ailleurs d'une salle de repos, au rez-de-chaussée bas.
2. LA SITUATION DES EFFECTIFS	O/C			Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) Le logiciel de gestion des ressources humaines utilisé s'appelle « [REDACTED] ». Il permet d'élaborer les plannings, les paies ainsi que les variables (heures supplémentaires par exemple). Il est accessible par la Directrice et son adjointe.

Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?	O/C	R19	Il a été indiqué à la mission d'inspection que le suivi de la présence des salariés est assuré par la directrice ou son adjointe, chaque matin à 10 h au plus tard. [REDACTED] Les cahiers d'émargement ont été partiellement transmis à la mission d'inspection (les 5 dernières pages de chaque cahier). La mission d'inspection constate que l'ensemble des colonnes n'est pas nécessairement complété par le personnel, en particulier l'heure de début et l'heure de fin des pauses. Remarque n°19 : Les cahiers d'émargement ne sont pas complétés de manière exhaustive par le personnel, ce qui ne permet donc pas de rendre compte de la réalité des effectifs présents dans le service à un instant T et de s'assurer du temps de pause effectif du personnel. Un cahier de transmissions globales est tenu et signé par les personnels présents à chaque fin de service. Une copie a été transmise à la mission d'inspection.	Accord du 1 ^{er} avril 1999 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail ¹¹
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2020) / ratios cibles (EPRD 2020) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2021).	O/C	NC	R20 Les taux d'encadrement ASI/AMPI/AES et IDE sont conformes aux seuils régionaux (charges en soins <4300 et charge en dépendance <3200). Ils correspondent par ailleurs à ceux négociés dans le cadre du CPOM 2018-2022 du Groupe ORPEA. En revanche la qualification de l'ensemble des personnels ASI/AMPI/AES n'est pas acquise et le poste de médecin coordonnateur est vacant. A noter que la mission d'inspection n'a pas pu regarder l'ensemble des diplômes des personnels de l'EHPAD mais uniquement ceux des personnels affectés aux soins/dépendance présents le jour de l'inspection. Remarque n°20 : La qualification de l'ensemble des personnels ASI/AMPI/AES n'est pas acquise ce qui ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des soins des résidents.	Guide méthodologique « CPOM établissements et services pour personnes âgées », 2018

¹¹ « Aucun temps de travail quotidien ne peut atteindre 6 heures sans que le salarié bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de 20 minutes. Lorsque le salarié ne peut s'éloigner de son poste de travail durant la pause, celle-ci est néanmoins rémunérée. »

Absentéisme (pox motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) ? Taux de rotation (ratios, ancienneté dans les postes) ? Cf. Documents de gestion disponibles¹² Cf. <i>Entretien directeur</i>	O	NC	R21	1^{er} étage : 1 AS et 1 AVS (VAE en cours) à l'unité protégée (UP – 11 résidents présents sur 13); 1 AS et 1 AVS (remplaçant car poste AS vacant) à l'unité grands dépendants (UGD – 13 résidents présents sur 14) 2^{ème} étage (31 résidents présents sur 33) : 2 AS (dont 1 remplaçant) et 2 AVS (dont 1 VAE en cours) 3^{ème} étage (16 résidents présents sur 20) : 1 AS et 1 AVS - S'agissant de la Nuit : 4 AS dont 1 AVS en cours de VAE affectés en : 1^{er} étage : 2 AS (1 à l'UP et 1 à l'UGD) 2^{ème} étage : 1 AS 3^{ème} étage : 1 AVS (VAE en cours) Il n'y a pas de rotation par étage ni entre le jour et la nuit. Le document transmis par l'établissement dans le cadre de la présente mission d'inspection fait état d'un taux d'absentéisme de 10% en 2021, ce qui est bien au-delà des objectifs fixés dans le CPOM du Groupe ORPEA pour la période 2018-2022 (10%). Les principaux motifs sont les suivants : - Maladie : [REDACTED] - Accidents du travail : [REDACTED] - Autres absences (absence injustifiée, congé parental d'éducation, etc.) : [REDACTED] Les absences injustifiées s'élèvent au nombre de [REDACTED] correspondent à un total d'absence de [REDACTED] sur l'année 2021 ([REDACTED] des absences totales de l'année 2021). Le bilan social (premier semestre 2021) fait état d'un taux de rotation des personnels de [REDACTED] et d'un taux d'absentéisme de [REDACTED]. Il a été indiqué à la mission d'inspection que les données du second semestre 2021 étaient en cours de consolidation. Toutefois, il semble apparaître une incohérence entre les deux documents transmis par l'établissement en ce qui concerne le taux d'absentéisme. Remarque n°21 : Le taux d'absentéisme et le taux de rotation des personnels 2021 sont au-delà du taux maximal cible fixé dans le cadre du CPOM 2018-2022, tous les deux fixés à 10%.
--	---	----	-----	--

¹² Niveau d'absentéisme du personnel par catégorie professionnelle et motifs d'absentéisme : Bilan social 2021

Comment la structure fait-elle face aux absences ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ? Cf. <i>Entretiens directeur + cadres</i>	O/C	N	R22	Pour les absences programmées : il a été indiqué à la mission d'inspection que la prise en compte se faisait lors de l'élaboration des plannings. Pour permettre cette prise en compte dans l'élaboration des plannings, l'établissement procède au recensement des souhaits de congés des agents plusieurs mois à l'avance. A titre d'exemple, il a été indiqué à la mission d'inspection que les plannings recensant les souhaits de congés du 1^{er} mai au 31 octobre 2022 seront affichés d'ici la fin du mois de février 2022. Pour les absences non programmées, il a été indiqué à la mission d'inspection que la gestion se faisait au jour le jour au niveau de la direction (directrice ou son adjointe). En première intention, il est fait recours au pool de vacataires [REDACTED]. Les diplômés de ce pool de vacataires n'ont pas été contrôlés par la mission d'inspection. Le recours aux agences d'intérim est effectué en cas d'insatisfaction. La solidarité inter établissement du groupe est une piste qui est exploitée également. Dans la fiche de tâches heurées des soignants et IDE, il est indiqué ce qui suit : « Les IDE sont responsables de l'équipe soignante et doivent gérer les absences avant l'arrivée de l'IDEC (mettre en place les modes dégradés) ». Remarque n°22 : Il n'existe pas de procédure formalisée concernant l'organisation et la gestion des remplacements.
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD. Motifs et modalités de recours aux vacataires, à l'intérim et aux faisant fonction (fréquence, fonction)	O		R23	L'EHPAD a transmis deux tableaux (l'un remis sur place et l'autre par mail) dont les informations sont incohérentes. En effet : Le tableau des effectifs de l'EHPAD remis le jour de l'inspection fait état de : - personnes pour [REDACTED] ETP [REDACTED] - pour lesquels le nombre d'ETP n'est pas indiqué [REDACTED] - [REDACTED] Le tableau Excel transmis par mail du 16/02 fait état de : - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Il a été indiqué à la mission d'inspection que le recours aux vacataires se fait actuellement sur les postes d'IDE et d'AS/AES/AMP ainsi que, dans une moindre mesure, sur les postes d'AVS. Ce qui a pu être constaté par exemple sur le planning du jour où il y avait deux vacataires.

				Les différents motifs de recours à la vacation sont soit le surcroît d'activité, soit le remplacement d'un salarié absent, soit en attente de l'entrée en poste d'un titulaire. Remarque n°23 : Il est demandé à l'EHPAD de clarifier la situation des effectifs de l'EHPAD et d'apporter les éclairages quant aux écarts constatés.	Guide des bonnes pratiques de l'ANESM (volet 3)
Effectifs médicaux et paramédicaux ¹³ salariés	O	NC	R24	Le tableau des effectifs remis le jour de l'inspection fait état de : - Medec (poste vacant depuis janvier 2022), Présence du Medec régional en raison d'une fois semaine (un le jour de l'inspection). - Soignants : AS/AES/AMP (●) ETP) ; IDEC (prise de poste le ●) ; IDE (●) ; Paramédicaux : art thérapeute (●) ; psychologue (●) ETP) ; animatrice (●) ; Auxiliaire de vie : (●) Le tableau des effectifs transmis par mail du 16/02/2022 fait état de : - Pas de Medec - Soignants : AS/AMP/AES (●) ; IDEC (●) ; IDE (●) ; Paramédicaux : animatrice (●) ETP) ; ergothérapeute (●) ETP) ; psychologue (●) ETP) ; Auxiliaires de vie : (●) ETP (●) Remarque n°24 : Le guide de bonnes pratiques de l'ANESM recommande de confier la responsabilité de la coordination des acteurs de la vie sociale à un professionnel formé à l'animation sociale. Ce professionnel est à inclure dans l'équipe d'encadrement.	
Nombre de postes vacants au jour de l'inspection en ETP et par type de fonction		NC		3 postes étaient vacants le jour de l'inspection : Medec et 2 AS/AMP/AES	
Existe-t-il une politique de fidélisation de son personnel par le gestionnaire et/ou la direction de l'EHPAD ¹⁴ ?	O/C		R25	Il a été indiqué à la mission d'inspection, la mise en place par la direction d'une action qualité de vie au travail par trimestre, tenant compte de l'ensemble des professionnels. Par exemple en 2021, il a été organisé/planifié 4 actions au total parmi lesquelles, au premier trimestre, un petit déjeuner (équipe de jour) et une pizza	

¹³ Taux d'encadrement des soignants : Réf : Guide CPOM-EHPAD, ARSIF, v2019 page 15 (TO cible entre 5 et 10%)

¹⁴ Turn-over : Réf : TDB-MS de la Performance EHPAD, campagne 2019 (médianes régionale et nationale)

				party (équipe de nuit). En revanche la 4^{ème} action de l'année (séance de pédicure/podologue) a été reportée du fait du variant OMICRON. Remarque n°25 : L'EHPAD doit poursuivre les actions en faveur de la fidélisation du personnel.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?		N/NC	R20	Des personnels AVS sont affectés à des fonctions AS : - Equipe de jour : ils étaient au nombre de 5 AVS. Parmi ces personnels, 2 sont engagés dans une démarche de VAE (cf. évoqués précédemment) - Equipe de nuit : 1 AVS, également engagé dans une démarche de VAE (décision de recevabilité ok) La professionnelle qui occupe le poste d'animateur n'a pas la qualification requise. Son diplôme actuel est de niveau AMP. Remarque n°20 : L'affectation aux soins d'hygiène et de confort des résidents à des professionnels non qualifiés ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des soins des résidents. La démarche de VAE engagée devra être menée jusqu'à son terme pour les personnels d'ores et déjà concernés.	
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heurées pour les personnels de jour ? de nuit ?	O	NC	R26	Il existe une fiche métier pour plusieurs catégories de professionnels. Mais il n'a pas été transmis de fiche de poste notamment pour la secrétaire ou l'employé collectif, etc. Chaque fiche métier est organisée de la manière suivante : - Optionnel : Prérequis (indiquant notamment le diplôme attendu ainsi que les déclarations obligatoires) - Description de la mission générale de cette catégorie de professionnel ; - Description de l'environnement de travail (rappel de l'organigramme hiérarchique et description des liens fonctionnels autour de cette catégorie de professionnel) ; - Description des activités principales (chaque grande mission étant divisée en plusieurs missions intermédiaires) ; - Encadré pour inscrire la date, le nom et prénom ainsi que la signature du professionnel. Il existe des fiches de tâches heurées pour les personnels (AS/AES/AMP ; IDE et AVS) de jour et de nuit. En revanche : - La mission d'inspection n'a pas eu accès à l'ensemble des fiches de tâches heurées, notamment lorsque pour la même unité, la prise de poste pour la même catégorie de professionnel était décalée. Ainsi, il apparaît des absences dans la continuité de service ;	

Tenue et complétude des dossiers RH Entretiens avec les principaux responsables de l'EHPAD	O	NC	E2 R27	Les fiches de tâches horaires semblent ne pas toutes être à jour ou contiennent des incohérences (exemple : dans la fiche de tâches horaires des soignants et IDE, il y a une incohérence de temps de quelques instants, la personne devant simultanément à 2h vérifier les plans de soins AS et commencer son repos nocturne) ; La fiche de tâches horaires AS/AV met en évidence l'emploi de « faisant fonction », corroborant les précédentes observations relatives à l'absence de qualification de l'ensemble du personnel faisant des soins de nursing auprès des résidents ; La fiche de tâche horaire AS est à actualiser, pour tenir notamment compte des qualifications AMP et AES. Remarque n°26 : L'absence de transmission de l'ensemble des fiches de tâches horaires n'a pas permis d'objectiver la continuité de service et ne permet pas de garantir la fluidité des transmissions.	L.133-6 et L.312-II ¹⁵ du CASF
				■ dossiers de salariés, sélectionnés de manière aléatoire, ont été consultés par la mission d'inspection, en tenant compte de la liste des salariés présents. L'établissement a mis à la disposition de la mission les dossiers demandés dans les cinq minutes. Les dossiers sont globalement bien structurés et complets. De plus après vérification, il s'avère que les dossiers consultés comportent une fiche de poste signée par le salarié. Toutefois, la mission d'inspection a constaté que : - Les bulletins n°3 du casier judiciaire ne sont pas tous présents dans les dossiers étudiés (2/5) ; - Les dossiers analysés ne disposent pas tous de diplômes des salariés (3/5). Ecart n°2 : En ne vérifiant pas les bulletins n°3 des casiers judiciaires de l'ensemble des personnels, l'EHPAD ne s'assure pas du respect de l'article L. 133-6 du CASF. Remarque n°27 : En ne vérifiant pas l'existence des diplômes des salariés, l'EHPAD ne s'assure pas de la bonne adéquation des qualifications aux fonctions occupées, ce qui ne garantit pas la qualité et la sécurité des soins.	

¹⁵ L.312-1-II : « Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 12° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés. »

3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL				
Modalités de constitution des équipes et contre-équipes ?	O/C	N		Il a été indiqué à la mission d'inspection qu'habituellement, c'est l'IDEC qui est en charge de la gestion des plannings et de la constitution des équipes et contre-équipes. Cette mission est bien inscrite dans la fiche métier transmise à la mission d'inspection. Pendant l'absence de l'IDEC, c'est la Directrice et l'adjointe de direction qui étaient en charge de la gestion des plannings.
Roulement entre les différentes unités de vie ?		N		Il n'existe pas de roulement entre les unités. En effet, les résidents et leurs proches ont indiqué souhaiter bénéficier de stabilité et de repères dans les personnes responsables de leur prise en charge. Aussi, il existe des équipes et contre-équipes dédiées par unité.
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ?				Si un salarié souhaite changer d'équipe ou d'unité, il peut partager ce souhait auprès de la Direction pour qu'il soit pris en compte dès que possible.
Modalités de gestion et de communication des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelnières ?	O/C O		R28	La gestion des plannings de l'équipe soignante est réalisée par l'IDEC (la Directrice et l'adjointe de direction pendant l'absence de l'IDEC). La personne en charge des plannings prend en compte les absences et les formations anticipées des professionnels ; l'objectif étant qu'il y ait toujours un titulaire par unité. La fiche de poste de l'IDEC met bien en évidence cette mission de gestion des plannings des personnels de soins. D'après les fiches de postes transmises, la gestion du planning des équipes hôtelnières est habituellement réalisée par la gouvernante de maison. Il est en effet indiqué que la maîtresse de maison participe à l'animation de l'équipe hébergement et à la gestion des ressources humaines du service (recrutement, intégration, évaluation et gestion du planning). Il n'a pas été indiqué à la mission d'inspection que cette mission était désormais assurée par un autre personnel. Remarque n°28 : La mission d'inspection n'a pas pu constater quel personnel était en charge de la réalisation des plannings des équipes hôtelnières. Il a été indiqué à l'équipe d'inspection que les plannings étaient affichés deux mois à l'avance au rez-de-chaussée bas ; à proximité des vestiaires. La mission d'inspection n'a pas pu vérifier l'affichage effectif des plannings des deux mois à venir. La mission d'inspection constate dans ces déclarations une incohérence par rapport aux informations inscrites dans le livret d'accueil des nouveaux salariés. En effet,

				dans ce dernier, il est indiqué page 14, que les plannings sont affichés en début de chaque mois. Par ailleurs, il a été indiqué à la mission d'inspection que les plannings pour les congés du 1^{er} mai au 31 octobre 2022 seront affichés à la fin du mois de février 2022 ; afin d'anticiper les congés estivaux dans la gestion des plannings à venir.	
Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	O		R29	Lors des entretiens menés par la mission d'inspection, il n'a pas été remonté de sentiment de glissement de tâches d'une catégorie de professionnels à l'autre. Toutefois, la mission d'inspection a pu constater un glissement de tâches des missions de la gouvernante vers d'autres personnels ; que ce soit la directrice et l'adjointe de direction (contrôle des chambres et accompagnement des professionnels dans le cadre du réapprovisionnement du matériel pour les unités de vie) ou vers d'autres professionnels (animatrice et autres personnels pour la décoration du bâtiment dans le cadre des journées à thème notamment). Outre le glissement de tâches, l'absence de la gouvernante [REDACTED] (évaluation de leurs pratiques professionnelles), du bon respect du circuit du linge, de la communication avec l'équipe de restauration et du bon suivi de la démarche qualité. Il a en effet été indiqué à la mission d'inspection, qu'hormis les missions de contrôle des chambres et d'accompagnement des professionnels pour le réapprovisionnement du matériel pour les unités de vie, les missions de la gouvernante n'étaient plus assurées. Remarque n°29 : Une partie des missions de la maîtresse de maison n'est pas réalisée dans le cadre de son absence prolongée.	
Ecart mesuré entre le planning théorique et l'effectif présent le jour J ?	O		R30	La mission d'inspection a comparé le planning théorique avec la liste des personnels présents le jour de la visite. Le jour de la visite, l'établissement a transmis une première version (document V1) de la liste des personnes présentes puis une seconde suite à l'observation d'une erreur (document V2). Au lendemain de la visite, l'établissement a transmis une nouvelle version de la liste des personnes présentes le 15 février (document V3). Plusieurs incohérences ont pu être notées entre ces différents documents par rapport au planning théorique : - 5 personnes inscrites dans le planning théorique n'apparaissent dans aucune des versions de la liste des personnels présents le jour de l'inspection (notamment : gouvernante, commis de cuisine et AV) ; - Dans les 3 versions transmises par l'établissement, 2,5 ETP sont notés comme vacants (1,5 ETP d'AS/AES/AMP de jour et 1 ETP de médecin coordonnateur) ;	

				- Dans le document V2, trois postes non présents dans le planning théorique apparaissent : assistante de direction, AV et IDEC ; - Dans le document V3, deux postes non présents dans le planning théorique apparaissent : AV et IDEC. Remarque n°30 : Etant donné les incohérences entre les différents documents transmis, la mission d'inspection ne peut pas fiabiliser les écarts entre le planning théorique et l'effectif présent le jour de l'inspection.
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	O/C		R31	Il n'a pas été remonté à la mission d'inspection de problématiques dans le chevauchement des équipes de jour et des équipes de nuit. A l'heure actuelle, l'établissement n'a pas transmis l'ensemble des fiches de tâches heures des professionnels. Aussi, l'analyse des quelques fiches de tâches heures ne permet pas de s'assurer du temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit sur l'ensemble des unités de l'établissement. A titre d'exemple, l'analyse des fiches de tâches heures de l'AS/AV de jour et de nuit de l'Unité Grands Dépendants ne semblent pas permettre de réaliser les transmissions orales, ni même d'assurer une continuité de service le matin. Le service de l'AS/AV de nuit semble se faire de 20h à 8h quand celui de l'AS/AV de jour semble se faire de 9h à 20h15. Remarque n°31 : L'établissement doit veiller à rédiger des fiches de tâches heures pour l'ensemble des professionnels. Lors de la visite, il a toutefois été remonté à la mission d'inspection la mise en place d'horaires décalés au sein de l'équipe d'une même unité : l'un des professionnels arrive à 7h45 (et part à 19h) pour réaliser la transmission avec l'équipe de nuit qui termine à 8h ; tandis que l'autre professionnel arrive à 9h et termine à 20h15 pour assurer la transmission avec l'équipe de nuit qui arrive à 20h. Ces informations sont cohérentes avec le planning de février 2022 transmis par l'établissement et avec le cahier d'émargement des temps de présence des professionnels : - Le planning de février 2022 met bien en avant l'existence d'horaires décalés pour les IDE et les AS afin de permettre un chevauchement du temps de travail de l'un des membres de l'équipe de jour avec l'équipe de nuit. - Le cahier d'émargement des professionnels met bien en avant l'arrivée et le départ en décalé des membres d'une même équipe d'AS ou des IDE.
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) ?	O	NC	R32	D'après les documents transmis par l'établissement, ce dernier, en l'absence de postes vacants bénéficie de ETP.

39/83

			Les horaires des professionnels paramédicaux de jour (IDE et AS) comprennent deux modalités : soit 7h45-19h (équipe 1), soit 9h-20h15 (équipe 2). En se basant sur le planning de février 2022, la mission d'inspection a pu constater la couverture suivante : - Unité protégée (1^{er} étage) : [REDACTED] de jour de manière habituelle (1 équipe 1 et 1 équipe 2) + 1 week-end par mois avec [REDACTED] 1 équipe 1 et 2 équipe 2) - Unité grands dépendants (1^{er} étage) : [REDACTED] de jour de manière habituelle (1 équipe 1 et 1 équipe 2) + 1 jour par mois avec [REDACTED] 1 équipe 1 et 2 équipe 2) - 2^{ème} étage : [REDACTED] de jour de manière habituelle (1 équipe 1 et 2 équipe 2) + 2 jours par mois avec [REDACTED] 1 équipe 1 et 3 équipe 2) - 3^{ème} étage : [REDACTED] de jour de manière habituelle (1 équipe 1 et 1 équipe 2) + 3 jours par mois avec [REDACTED] 2 équipe 1 et 1 équipe 2) La nuit, l'établissement complabilise 4 AS effectuant les mêmes horaires : 20h-8h. A ce personnel présent s'ajoutent d'après le planning de février : - 1 IDEC présent entre [REDACTED] 24h par semaine ; - Entre 2 et 3 IDE par jour (avec toujours 1 personne de l'équipe 1 et 1 personne de l'équipe 2) - 4 AV par jour (7h30 – 15h30) - 2 personnes à la plonge (7h30 – 15h30) - 1 personne à la lingerie (7h30 – 15h30) - 1 Directrice présente entre [REDACTED] - 1 Directrice adjointe présente entre [REDACTED] - 1 gouvernante présente [REDACTED] - 1 animatrice présente [REDACTED] A la lecture du planning de février, la mission d'inspection constate qu'il n'y a pas d'AV et de personnes à la plonge après 15h30. Pour les AV a minima, cela semble incohérent avec les constatations faites sur place ; la mission d'inspection ayant observé la présence d'un AV après 15h30. Cela n'est par ailleurs pas cohérent avec : - Les <i>feuilles de tâches horaires des AV</i> - En effet, selon les fiches de tâches horaires transmises, il existe trois roulements horaires distincts pour les AV : 7h30-15h30 ; 7h45-19h et 9h00-20h00. - Le <i>cahier d'émargement des professionnels</i> – En effet, la mission d'inspection a pu constater la signature d'au minimum un AV sur les horaires 7h45 – 19h. De plus, la mission d'inspection constate l'absence du chef cuisinier sur le planning de février.
--	--	--	---

				Il n'a pas été transmis de documents attestant de la présence théorique des ETP à chaque instant de la journée ; ce qui aurait facilité la comparaison du personnel effectivement présent par rapport aux normes attendues. Enfin, certaines qualifications indiquées dans le planning de février ne sont pas encore effectives (personnel en VAE notamment). Remarque n°32 : L'établissement doit veiller à la cohérence des informations présentes sur le planning de présence avec la réalité et les autres documents internes (nombre de personnels et horaires notamment).
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) ?			R33	L'équipe d'inspection constate l'absence de procédure écrite sur les modalités de transmission entre les équipes. Remarque n°33 : L'établissement pourrait rédiger une procédure écrite sur les modalités de transmission entre les équipes. Il a été remonté à la mission d'inspection la réalisation de transmissions entre les différentes équipes à trois moments de la journée : - Le matin à 7h50 entre l'AS/AV de nuit et l'AS de jour - L'après-midi à 15h - Le soir à 20h entre l'AS/AV de nuit, l'AS de jour et l'IDE Les transmissions des équipes sont consignées dans le logiciel Netsoins. En l'absence d'un professionnel médical ou paramédical dans l'équipe en charge du contrôle, il n'a pas été possible de consulter la borne tenue des transmissions au sein de ce logiciel. Les fiches de tâches horaires des AS et des IDE font bien apparaître la nécessité de prendre connaissance des transmissions Netsoins et de les compléter. Les fiches de tâches horaires de l'AS/AV de jour et de nuit de l'Unité Grands Dépendants n'ayant été que partiellement transmises, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'attester de la bonne tenue de ces transmissions, ni même de la continuité de service entre 8h et 9h. Par ailleurs, il existe un cahier de transmissions globales, dont la localisation n'a pas été précisée à la mission d'inspection. Ce cahier de transmissions globales possède une page par jour avec différents encarts : - Anniversaire - Entrées / sorties définitives / absences - hospitalisations - Résidents à jeun

				- RDV extérieurs – résidents à préparer - Hébergement - Maintenance - Restauration - Animation - Direction - Divers - Signatures des salariés Il permet à chaque responsable des thématiques susmentionnées d'indiquer les faits importants de la journée. A titre d'exemple, le jour de l'inspection, la Directrice a inscrit sur ce cahier de transmission la venue de la mission d'inspection et la possibilité pour les agents non présents ce jour de prendre contact avec les autorités de tutelle.	
L'encadrement organise-t-il des réunions entre les personnels de nuit, des fins de semaine et JF et ceux de jour ?		N/C	R34	Il n'a pas été remonté à la mission d'inspection l'organisation de réunions institutionnalisées entre ces différentes équipes. Remarque n°34 : La mission d'inspection recommande à l'établissement d'instaurer des temps d'échanges formalisés entre les personnels de nuit, de fins de semaine, de jours fériés et les personnels de jour.	
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-L. 313-24 du CASF elle à des visites inopinées la nuit, les fins de semaine et les JF ?	C O O/C		R35 R31 R36	Les plannings transmis à la mission d'inspection font état de 4 AS présents la nuit (20h – 8h). L'équipe de nuit dispose d'un temps de transmission de 7h45 à 8h avec un des AS de jour de chaque unité. 1 IDE est également présente à compter de 7h45. Les transmissions se font de manière orale et sont ensuite transcrites sur le logiciel Netsoins ; auquel la mission d'inspection n'a pas eu accès en l'absence d'un médecin ou d'un professionnel paramédical. Il n'a pas été indiqué à la mission d'inspection la procédure de validation en cas de décisions en urgence la nuit. Toutefois, un affichage dans l'infirmerie rappelle les urgences vitales nécessitant de contacter le SAMU (15) et les cas de figure pouvant nécessiter un conseil technique d'IDE de nuit (conseils après une chute, apparition de symptômes nécessitant un avis infirmier, etc.) avec le numéro de téléphone de l'astreinte IDE de nuit de Saint-Rémy—les Chevreuses. Cette astreinte de nuit est disponible de 20h à 7h. Aussi, la mission d'inspection constate une indisponibilité d'une heure de l'astreinte de nuit (de 7h à 8h). Remarque n°35 : L'établissement devra s'assurer de la mise en place d'une astreinte de nuit paramédicale sur l'ensemble de la nuit (20h – 8h).	

				L'établissement possède une procédure d'organisation et de contrôle du travail de nuit, dont la dernière mise à jour date du 1^{er} mai 2017. Seule une fiche heurée AS/AV de nuit a été transmise à la mission d'inspection. Aussi, il n'a pas été possible de constater la bonne application de la procédure susmentionnée. A titre d'exemple, la mission d'inspection n'a pas pu s'assurer que les personnels de nuit ne prennent pas tous en même temps leur pause (00h – 01h : pause dîner et 02h – 03h : repos nocturne d'après la fiche de tâches heures disponibles). Remarque n°34 : L'établissement doit veiller à rédiger des fiches de tâches heures pour l'ensemble des professionnels. De plus, la procédure met en avant la nécessité de dispenser régulièrement des mini formations au personnel de nuit et de le faire apparaître dans le planning mensuel des mini formations. Ce planning n'a pas été transmis à la mission d'inspection. Cette procédure met par ailleurs en avant la mise en œuvre de visites régulières de la part de la Direction afin de s'assurer de la bonne organisation du travail de nuit (« réaliser chaque trimestre une visite de nuit inopinée en présence d'une tierce personne »). Cela est cohérent avec les propos rapportés à la mission d'inspection lors de sa visite. En effet, il a été indiqué à la mission d'inspection que l'actuelle Directrice de l'établissement avait passé au moins 6 nuits au sein de l'établissement et que l'observation qu'elle avait faite de l'organisation mise en place l'avait conduite à embaucher ■ AS supplémentaires de nuit (équipes et contre-équipes confondues). Il n'a toutefois pas été remis de planning de ces visites inopinées, ni de compte-rendu. Remarque n°36 : L'établissement doit veiller à documenter les visites de nuit inopinées réalisées au sein de la résidence.
--	--	--	--	---

II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS

A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

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

C) La communication avec les familles et le CVS

D) La gestion des réclamations et des événements indésirables

Grille de contrôle/Respect des droits des résidents :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
1. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ? Est-il tenu régulièrement à jour ?	O/C O/C		E3	Un « registre des décès est tenu dans l'EHPAD. Il est coté, mais non paraphé. En revanche : - Une erreur est identifiée en page 1, à la 2 ^{ème} ligne du registre. Le décès du « résident X » a été constaté le [REDACTED] alors que l'EHPAD n'a ouvert ses portes qu'en avril [REDACTED]. Ce décès a été déclaré à l'officier de l'état civil le [REDACTED]. - L'horaire de constatation du décès n'est pas toujours renseigné - Il ne semble pas être tenu à jour. En effet le dernier décès du registre (page 18) date du 21/01/2022 alors qu'il a indiqué à la mission le décès récent de l'occupante de la chambre [REDACTED] à l'UP comme une des raisons expliquant le delta entre le nombre de résidents transmis le 15/02/2022 et celui annoncé lors de l'entretien avec l'équipe de direction (71 résidents vs 70 résidents). Le décès de cette résidente n'est pas renseigné dans le registre Ecart n°3 : L'établissement veillera à tenir un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies à jour et conforme aux dispositions de l'article L. 331-2 du CASF	L. 331-2 ¹⁶ du CASF R. 331-5 ¹⁷ du CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? Taux de présence le jour J (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) ?	O		R37	D'après la direction, 70 résidents étaient présents le 15/02/2022. En revanche d'après le fichier Excel transmis le 16/02/2021, [REDACTED] résidents étaient présents à cette même date. En effet, la chambre [REDACTED] est comptabilisée deux fois pour les résidentes Mmes [REDACTED] et [REDACTED] entrées respectivement le 21/05/2021 et le 05/02/2022 et ayant pour numéros résident, respectivement [REDACTED] et [REDACTED]. De plus, la résidente qui occupe la chambre [REDACTED] n'est pas la même entre ces deux documents (Mme [REDACTED]). Le logiciel métier utilisé s'appelle [REDACTED] Les établissements Orpéa).	Arrêté d'autorisation en vigueur à la date de l'inspection

¹⁶ L. 331-2 : Il est tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie.

¹⁷ R. 331-5 : Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/C	N/NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Le taux de présence le jour J est de 88,75% (71 R présents). En 2021, le nombre de journées réalisées est de [REDACTED] soit un taux d'occupation de [REDACTED]. Remarque n°37 : L'EHPAD devrait tenir à jour le suivi des résidents présents de manière rigoureuse et disposer d'une procédure claire de comptabilisation des chambres vacantes et de référencement des résidents, pour limiter les incohérences. Cette procédure devra être connue de l'équipe en charge de ce suivi.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	O/C			Un trio de personnes est identifié pour assurer le suivi de la présence des résidents : la directrice, la directrice adjointe et la secrétaire. L'accès à l'outil [REDACTED] est sécurisé (2 portails et une session, tous accessibles avec des codes).	
Existe-t-il des données statistiques portant sur les résidents accueillis le jour J ¹⁸ ? Des données moyennes annuelles ou au 31/12/N pour 2019 et 2021 ? Cf. Rapport annuel d'activité, RAMA				En l'absence de transmission des informations par l'EHPAD, ce point n'a pas été investigué par la mission d'inspection. En effet, l'EHPAD a sollicité des précisions par mail du 21/02/2022, ce qui n'a pas pu être satisfait par la mission d'inspection compte tenu des délais contraints de rendu du présent rapport.	
2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					
Admission : procédure écrite ?	O/C			Procédure écrite d'admission d'un nouveau résident L'établissement a mis à la disposition de la mission d'inspection la procédure écrite d'admission des nouveaux résidents. Cette procédure a été réalisée le 17 février 2018 par la Responsable Qualité EHPAD du Siège. Elle a été approuvée par le Directeur médical ORPEA le 19 mars 2019 et mise à jour le 1^{er} mai 2019. Cette procédure décline les étapes à suivre pour la préparation de l'admission, le jour de l'entrée du nouveau résident ainsi que les jours suivants l'admission (de J+1 à J+45). Cette procédure met notamment en avant : - La complétude du dossier administratif ; - La bientraitance vis-à-vis du résident et de ses proches (proposer une collation le jour de l'accueil, demander au résident s'il ne manque de rien,	D. 312-158 du CASF (2° : avis du MEDEC) D. 312-159-2 de CASF Annexe 2-3-1 du CASF L. 311-4 du CASF
avis pluridisciplinaire ?	O/C				
modalités mises en place pour faciliter l'intégration de la personne dans l'EHPAD (habitudes de vie, goûts, horaires journaliers) ?	O/C				
bilan après 3 mois de l'admission ?	O	NC	R38		

¹⁸ Nb total de résidents et âge ; état de santé : nb personnes en UP/PASA/UHR et nombre de personnes dénutries ; état de dépendance : PMP/GMP et distribution des résidents entre les 6 GIR ; origine de la demande d'admission, nb de personnes sous protection juridique, nb de bénéficiaires de l'aide sociale

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				préciser que l'établissement reste à disposition pour toute question, informer régulièrement le représentant légal du déroulé du séjour, etc.) ; - La nécessité d'accompagner l'intégration du nouveau résident (proposer de l'accompagner en salle à manger les premiers jours et le présenter à ses voisins de table par exemple) ; - La nécessité de réaliser un bilan d'intégration dans les 30 jours suivant l'admission du résident en présence, a minima, de la direction et de l'IDEC. L'établissement dispose également d'une procédure de préadmission d'un nouveau résident, dont la dernière mise à jour a été réalisée le 1^{er} mai 2019. Cette procédure insiste notamment sur le volet administratif de l'admission d'un nouveau résident. A cet effet, l'établissement a mis à disposition de la mission d'inspection les volets 1 et 2 de la fiche d'admission d'un nouveau résident. Dans le cadre de l'analyse de la partie administrative des dossiers usagers, la mission d'inspection a pu constater que l'équipe de direction a une approche pluridisciplinaire associant la directrice, le médecin coordonnateur, l'IDEC et la psychologue dans le choix des futurs résidents. Elle propose un avis collégial après le pré accueil et l'étude de la demande d'admission. Lors de sa visite, la mission d'inspection a sélectionné de manière aléatoire et analysé ■ dossiers de résidents (partie administrative uniquement). Elle a pu constater les modalités mises en place par l'établissement pour faciliter l'intégration de la personne, à savoir la complétude d'une fiche de recueil des habitudes des nouveaux résidents, de leurs goûts et de leurs horaires journaliers. Par contre, sur les 5 dossiers analysés par la mission d'inspection, seuls ■ bilans après les ■ premiers mois d'admission ont été réalisés. Remarque n°38 : Les bilans après 3 mois d'admission des nouveaux usagers ne sont pas systématiquement réalisés et formalisés. En page ■ du livret d'accueil remis aux résidents, il est indiqué qu'ils pourront trouver les photos de l'équipe à l'accueil, au rez-de-chaussée. Lors de sa venue, la mission d'inspection n'a pas pu observer de photos nominatives des professionnels au rez-de-chaussée. Elle a toutefois noté que l'établissement avait affiché une photo de groupe du personnel à l'accueil, au rez-de-chaussée.	
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?	O/C			L'établissement possède une procédure formalisée d'admission d'un nouveau résident, dont la dernière mise à jour a été effectuée le 1 ^{er} mai 2019. Dans cette procédure, il est bien indiqué la nécessité de :	L311-4-1 du CASF L.311-5-1 du CASF L.1111-6 CSP

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ? <i>Cf. Dossiers des résidents</i>				- Rechercher le consentement du résident à l'entrée dans l'établissement ; - Lire à voix haute et expliquer le contrat de séjour et ses annexes ; - Lire à voix haute et expliquer le livret d'accueil personnalisé et ses annexes, ainsi que la charte des engagements du Groupe ORPEA. Les 5 dossiers étudiés par la mission d'inspection contiennent le contrat de séjour de chaque résident signé par leur soin, avec ses annexes et leur recueil de consentement. L'établissement a remis aux 5 résidents (dont les dossiers ont été analysés par la mission d'inspection) le règlement de fonctionnement et l'attestation de remise des autres documents de la loi 2002-2, une sous-chemise pour le livret d'accueil, et les annexes suivantes : la désignation de la personne de confiance, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et les mesures particulières sur la liberté d'aller et venir. Les 5 dossiers étudiés par la mission d'inspection (partie administrative uniquement) sont organisés de la façon suivante : - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] La mission d'inspection a constaté que les dossiers sont globalement bien structurés et complets. Par contre, l'établissement mentionne l'information dans les dossiers des résidents sur les directives anticipées mais leurs rédactions ne sont pas dans les dossiers. La mission d'inspection, en l'absence de médecin ou professionnel paramédical, n'a pas été en mesure d'accéder au logiciel [REDACTED] sur lequel ces directives anticipées seraient stockées. L'établissement a affiché la liste des personnes qualifiées dans le hall d'accueil.	
Comment est-il procédé à la mise à jour des coordonnées de la famille et des proches ?	O/C			Il a été indiqué à la mission d'inspection que la Directrice, l'adjointe de direction ou la secrétaire de direction étaient en charge de la mise à jour des coordonnées de la famille et des proches.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Les 5 dossiers étudiés par la mission d'inspection montrent que l'établissement réactualise les coordonnées de la famille et des proches en cas de changement. A titre d'exemple, des modifications sont observées dans 2 dossiers sur 5 suite à un déménagement de la fille de Mme [REDACTED] à un changement de numéro de portable du fils de Mme [REDACTED].	
Procédure type en cas de sortie ponctuelle (pilulier, ...) ?	O/C			L'établissement a transmis à la mission d'inspection une procédure écrite de sortie d'un résident pour convenance personnelle. La dernière mise à jour de cette procédure date du 1^{er} mai 2016. Elle est affichée à l'accueil de l'établissement. Cette procédure rappelle que le résident peut s'absenter à tout moment, pour la durée de son choix après en avoir informé la résidence 48 heures à l'avance et pour une durée maximale de trente-cinq jours par année civile. Cette procédure détaille, par catégorie de professionnels, les actions à mener en amont de l'absence du résident, pendant son absence et à son retour. En amont de l'absence du résident, cette procédure met bien en avant la nécessité : - D'évaluer les risques liés à la sortie du résident en fonction de son état de santé ; - Prévoir les médicaments sous pilulier et la copie du renouvellement de l'ordonnance au besoin ; - Lister le matériel nécessaire pour la sortie et aider le résident à préparer son trousseau ; - Vérifier si la résidente aura besoin de personnel à domicile et le mettre en lien avec le service adéquat ; - Vérifier si des rendez-vous médicaux sont prévus. Le jour de la sortie, la procédure indique : - D'aider le résident à faire sa toilette pour qu'il soit à l'heure ; - De s'assurer que le résident prenne tout ce dont il a besoin ; - De faire un point médical avec le résident et/ou sa famille ; - D'enregistrer cette absence dans le cahier des sorties temporaires (dont la mission d'inspection a pu constater la présence à l'accueil lors de la visite) et de prévenir la cuisine de l'absence du résident. Au retour du résident, la procédure rappelle : - De vérifier si le traitement a bien été pris, de refaire le pilulier et de récupérer la copie de l'ordonnance ;	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
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 ?	O/C			La mission d'inspection a constaté lors de la visite des locaux de l'établissement que l'ouverture des portes se faisait avec l'accord de chaque résident. Les salariés se signalent, frappent à la porte et attendent une réponse avant d'accéder la chambre de chaque résident.	L. 311-3-2 du CASF
La dignité est-elle respectée ? Le personnel se présente-t-il ? S'abstient-il de familiarité verbale (lutoiement, appellation par un autre nom que le nom de famille qu'à la demande des personnes prises en charge) ?	O/C			Lors de la visite des locaux, la mission d'inspection a pu constater que les soins étaient réalisées portes fermées ; une lumière verte indiquant à l'extérieur de la chambre qu'un soin est en cours de réalisation.	
La personne accueillie détient-elle la clé de son logement (formalisation des conditions ou restrictions) ?	O		R40	Par ailleurs, le jour de la visite, la mission d'inspection a pu assister à plusieurs scènes attestant du respect de la dignité des résidents. A titre d'exemple, à son arrivée, la mission a pu observer à l'accueil de l'établissement, un résident désorienté, nouvellement accueilli. Ce dernier souhaitait aller au travail. Il a pu échanger avec un professionnel qui lui a patiemment et gentiment expliqué qu'il ne travaillait plus et qu'il habitait ici désormais. De même, lors de la visite des locaux, la mission d'inspection a pu constater les mots et attentions des professionnels à l'attention des différents résidents croisés (connaissance des prénoms et noms de familles, des habitudes à avoir pour ne pas brusquer certains résidents par la venue de la mission d'inspection, etc.).	
Procédure de réception et remise au résident de son courrier, des abonnements ?	O		R41	Il a été indiqué à la mission d'inspection que certains résidents possédaient la clé de leur chambre ; mais pas tous. Ceux qui souhaitent en disposer émarquent sur un document. La mission d'inspection a été informée de l'existence d'une procédure écrite de gestion des clés ; mais cette dernière ne lui a toutefois pas été remise.	
				Concernant l'Unité de Soins Adaptés, la mission d'inspection a été informée de la mise en place d'un système de bracelet pour les familles le souhaitant : lorsque le résident s'approchait de sa chambre, celle-ci s'ouvrait. Il a toutefois été constaté par l'établissement que le système ne fonctionnait pas bien et il a donc été décidé de ne pas poursuivre ce test.	
				Remarque n°40 : Il convient de formaliser une procédure écrite des modalités d'attribution et de gestion des clés détenues par les résidents.	
				Concernant les abonnements, il a été indiqué à la mission d'inspection qu'ils étaient réceptionnés à l'accueil puis redistribués en chambre. Pour le courrier, la procédure est identique ; sauf pour les résidents sous tutelle. Dans ce cas, le courrier est conservé à l'accueil et remis en mains propres au mandataire lors de son passage dans l'établissement. Pour les mandataires n'étant pas situé à proximité, l'établissement procède à un envoi du courrier par La Poste. Il a été indiqué à la mission d'inspection que dans ce cas de figure précis, il était fréquent que les	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				mandataires procédant au changement d'adresse pour réceptionner en direct les documents. La mission d'inspection n'a pas constaté l'existence d'une procédure formalisée concernant la réception et la gestion du courrier et/ou des abonnements. Remarque 41 : Il serait intéressant de formaliser une procédure écrite concernant la réception et la gestion du courrier et/ou des abonnements.	
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?	O/C			Lors de sa venue, la mission d'inspection a pu constater la mise en œuvre de plusieurs éléments permettant de maintenir les liens affectifs avec la famille ou les proches des résidents. Tout d'abord, la mission d'inspection a observé lors de la visite de quelques chambres, la présence des photos de la famille et des proches des résidents ainsi que des dessins de petits-enfants. Le jour de la visite, la mission d'inspection a pu constater la présence d'un certain nombre de photos imprimées dans le bureau de la Directrice. Il a été indiqué à la mission d'inspection qu'il s'agissait de photos des derniers événements réalisés au sein de la résidence et que les familles avaient été informées de la possibilité de venir en récupérer si elles le souhaitaient. Les familles et les proches sont par ailleurs les bienvenus au sein de la résidence ou lors des sorties organisées : - Dans la procédure formalisée « Organisation d'une sortie par l'établissement », il est indiqué que les proches de résident sont les bienvenus. Il a par ailleurs été indiqué à la mission d'inspection que des proches avaient déjà pris part à plusieurs sorties organisées ; cela serait même un levier pour inciter certains résidents à prendre part à ces sorties extérieures. - Dans le livret d'accueil, il est indiqué que le résident a, chaque jour, la possibilité de convier ses proches à partager son repas. Il convient de prévenir l'accueil la veille ; le prix du déjeuner invité est de 2 euros. Le jour de la visite, la mission d'inspection a pu constater la présence d'un proche d'un résident sur le temps du repas. - Lors de sa visite, la mission d'inspection a pu constater la présence de plusieurs proches de résidents au sein de l'établissement. En outre, des événements incitant les familles à venir rendre visite à leur proche sont organisés régulièrement ; cela est notamment le cas des journées à thème pour Noël et le Nouvel An par exemple. Afin de préserver ces temps d'échanges de qualité	HAS, ex-ANESM, 2011 Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – La vie sociale des résidents en EHPAD

52/83

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				malgré la crise sanitaire, l'établissement a organisé ces journées à thème sur plusieurs jours en 2021.	
Quels modes d'association des résidents au fonctionnement de l'EHPAD ?	O/C			Les résidents participent au fonctionnement de l'EHPAD par le biais de : - Conseils de la Vie Sociale en donnant leur avis et en faisant des propositions sur toutes les questions liées à la qualité des prestations et à l'amélioration du cadre de vie dans l'établissement. Au jour de la visite, le représentant des familles est démissionnaire, le représentant des usagers est décédé à la fin de l'année 2021 et le représentant des personnels a quitté l'établissement. Il a été indiqué à la mission d'inspection la tenue de nouvelles élections dans les semaines à venir. Ce point sera détaillé ultérieurement dans ce présent rapport d'inspection. - La commissions restauration, en faisant des suggestions autour de l'alimentation et en participant à la validation des menus de l'établissement. - La commission d'animation en participant à l'organisation de la vie sociale de l'établissement, dont le but est d'organiser ensemble l'animation et d'évaluer les actions passées. Cette commission permet également l'élaboration du projet d'animation avec les résidents, en fonction des demandes et attentes de chacun. Cela est cohérent avec les éléments recueillis lors des entretiens menés par la mission d'inspection. L'établissement a remis à la mission d'inspection les ■ derniers procès-verbaux de ces ■ instances (sur l'année 2021).	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?	O/C		R42	Il a été indiqué à la mission d'inspection l'existence d'une procédure formalisée sur l'arrêt de l'accompagnement d'un résident ; cette procédure n'a toutefois pas été transmise par l'établissement. Remarque n°42 : Il convient de réaliser une procédure formalisée sur l'arrêt de l'accompagnement d'un résident. Depuis la prise de poste de la Directrice actuelle, seul un accompagnement a été interrompu, d'un commun accord avec la famille ; suite à des divergences de point de vue sur la prise en charge de la résidente et des difficultés de communication accrues avec une proche de la résidente. Les autorités de tutelle ont été informées de la fin de prise en charge de cette résidente.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
Animation : un référent ? un programme ? (intégration dans le projet d'établissement) 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) ? Continuité pendant les congés ?	O/C O/C O/C		R43 E4	Eléments généraux L'établissement possède une responsable de l'animation, en poste depuis [REDACTED]. Cette dernière possède un diplôme [REDACTED]. Elle possède une fiche métier qui rappelle ses missions principales : - Elaborer des projets d'animation adaptés aux personnes accueillies et participer à leur mise en œuvre dans un contexte multidisciplinaire ; - Rechercher l'adhésion des résidents aux activités proposées afin de maintenir ou renforcer leurs aptitudes, de préserver leur mémoire et leur curiosité. - Participer activement à l'intégration des nouveaux résidents. Sa responsable hiérarchique est la Directrice de l'établissement ; avec qui elle a un entretien hebdomadaire. Elaboration du programme et participation du personnel / des résidents Il a été indiqué à la mission d'inspection l'élaboration de [REDACTED] plannings différents par semaine : un pour l'unité protégée, un pour l'unité grands dépendants et un pour les unités classiques. A titre d'exemple, il a été indiqué à la mission d'inspection que la médiation animale était plutôt réservée aux unités protégées et grands dépendants quand les conférences s'adressaient plutôt aux unités classiques. Plusieurs activités sont toutefois communes à l'ensemble des unités. De même, les sorties à l'extérieur s'adressent à l'ensemble des résidents. Ces informations sont cohérentes avec les constatations faites sur place par la mission d'inspection. La mission d'inspection a pu constater que les plannings hebdomadaires d'animations étaient affichés à l'accueil ainsi que dans chacune des unités de vie. Elle a toutefois pu noter un problème d'affichage : au jour de la visite, le 15 février 2022, l'un des plannings affichés dans l'unité de vie était celui de la semaine du 7 février. En consultant les plannings des activités réalisées en 2021, la mission d'inspection a pu constater une certaine diversité : atelier relaxation et gym douce, sortie au marché de Clamart, quizz musical, atelier poésie, atelier pâtisserie, film à la salle de cinéma de l'unité protégée, ateliers manuels, atelier jeux de mémoire, etc. De même, il a été transmis le planning prévisionnel sur le premier semestre 2022. Ce dernier fait apparaître les journées thématiques mensuelles (décoration et cuisine	HAS, ex-ANESM, 2011 Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – La vie sociale des résidents en EHPAD L.311-8 du CASF (projet d'établissement)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				spécifiques – par exemple, autour de la Suisse, du Vietnam ou du Liban), les sorties au marché, les médiations animales, les sujets des conférences hebdomadaires, les ateliers culinaires (soupes pour l'unité protégée et grands dépendants ; pâtisserie pour les unités classiques), les séances de gym douce, etc. Les activités et sorties proposées sont cohérentes avec les souhaits exprimés par les résidents et notamment retranscrits dans le dernier procès-verbal de la commission d'animation. <u>Tracabilité du projet d'animation et des activités réalisées</u> Dans le projet d'établissement (obsolète puisque concernant la période 2014-2019), la mission d'inspection a pu constater la présence d'un projet d'animation écrit, rappelant les activités proposées par l'établissement (à quelle fréquence, quel jour, etc.). Remarque n°43 : Il convient de rédiger un projet d'animation à jour afin de l'intégrer au nouveau projet d'établissement. Il a été indiqué à la mission d'inspection qu'à la fin de chaque activité, la responsable de l'animation faisait un mail de compte-rendu à la Directrice de l'établissement. La mission d'inspection n'a pas demandé à consulter ces mails. La mission d'inspection a par ailleurs constaté que le projet d'établissement actuel couvrait la période 2014-2019 et n'était donc plus valable. Ecart n°4 : L'établissement doit rédiger un projet d'établissement à jour, conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. <u>Participation des résidents et des personnels</u> Les résidents peuvent prendre part à l'élaboration du planning en faisant remonter directement leurs souhaits à la responsable de l'animation ou lors des commissions d'animation. A titre d'exemple, il a été indiqué à la mission d'inspection que : - Le choix des journées thématiques mensuelles 2022 a été réalisé par les résidents ; - Les propositions de sorties extérieures pour l'année 2022 ont été effectuées par les résidents ; - Une deuxième séance hebdomadaire de gym douce a été proposée suite à la demande de plusieurs résidents. La commission d'animation a lieu tous les 3 mois. Elle rassemble la responsable de l'animation, un membre de la Direction et entre 10 et 12 résidents. Les trois derniers procès-verbaux ont été transmis à la mission d'inspection.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				L'analyse de ces procès-verbaux fait ressortir : - La mise en place d'enquêtes de satisfaction trimestrielles pour améliorer la qualité des animations proposées et recenser les envies des résidents ; - La satisfaction des résidents vis-à-vis des animations proposées (« les résidents ont exprimé leurs vifs remerciements quant à la totale prise en considération de leurs demandes » ; « les résidents remercient X ainsi que l'ensemble des collaborateurs de donner un sens à leur quotidien »). - La forte participation des résidents à certaines activités et sorties extérieures. A titre d'exemple, 67 résidents sur 70 ont pris part à la dernière sortie « illuminations de Paris », organisée sur 3 jours (source : procès-verbal de la commission animation du 20 décembre 2021). Il a par ailleurs été indiqué à la mission d'inspection un lien fort entre la responsabilité de l'animation et plusieurs personnels, parmi lesquels l'art thérapeute, la psychologue, l'ergothérapeute et la cuisine. <u>Activités individuelles et collectives</u> La responsable de l'animation propose des activités individuelles, notamment esthétiques et bien-être tous les jeudis matin ; mais la majorité des activités sont des activités collectives. <u>Partenariats et bénévoles</u> Il a été indiqué à la mission d'inspection la signature de conventions de partenariat avec 6 intervenants fixes sur l'année parmi lesquels : - [REDACTED] Une art thérapeute - [REDACTED] (gym douce) - [REDACTED] Un accordéoniste - [REDACTED] Un pianiste. La mission d'inspection n'a pas demandé à consulter les conventions de partenariats. Par ailleurs, l'aumônerie intervient de façon bénévole une fois par semaine. Emploi du temps et continuité pendant les congés	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				[REDACTED] Lors de ses congés, il a été indiqué à la mission d'inspection que la responsable de l'animation était remplacée par une vacataire ayant précédemment réalisé un stage à ses côtés et avant un [REDACTED]. Dans ce cas de figure, il a été indiqué à la mission d'inspection que la responsable de l'animation laissait la liste des résidents et préparait le chariot de matériel. Décoration de l'établissement Au jour de la visite et à l'occasion de la Saint-Valentin, la mission d'inspection a pu constater la présence de nombreux ballons en forme de cœur dans l'ensemble des unités de vie. Par ailleurs, l'établissement est paré de plusieurs cadres et photographies rappelant les activités passées : - Cadre avec des photos de l'atelier pâtisserie ou de certaines extérieures dans le couloir du rez-de-chaussée ; - Photos imprimées sur toile d'un shooting photos réalisé par les résidents de l'unité protégée ; - Etc.	
3. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS					
Quels moyens de communication avec les familles existent (réunions, courriers,...) ?	O/C		R44 R45	Absence de communication formalisée et gestion des réclamations D'après les éléments portés à la connaissance de la mission d'inspection, la communication avec les familles ne fait pas l'objet de réunions institutionnalisées. En cas de réclamation de la part d'une famille, cette dernière est reçue par la Direction ou le personnel adéquat (psychologue, IDEC, etc.) afin d'effectuer une synthèse et de dresser, au besoin, un plan d'actions. La mission d'inspection n'a pas pu objectiver cette pratique. Dans tous les cas, ces informations ne répondent pas totalement aux procédures de gestion des réclamations écrites et/ou orales ; respectivement mises à jour le 15 novembre 2019 et le 20 mai 2021. En effet, l'une comme l'autre, ces procédures indiquent la nécessité de produire un courrier de réponse pour le plaignant. En outre, la mission d'inspection a constaté qu'il n'existait pas de registre des doléances ou suggestions d'amélioration à disposition des familles.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Remarque n°44 : Il convient de mettre à disposition des résidents et de leurs proches un registre des doléances ou suggestions d'amélioration. Remarque n°45 : Il convient de formaliser les réponses apportées aux résidents et à leurs proches dans le cadre des réclamations et doléances exprimées, conformément aux procédures internes disponibles. Application [REDACTED] L'établissement utilise également l'application [REDACTED]. Il s'agit d'un réseau social privé qui permet notamment de maintenir le lien entre les résidents et leurs proches. Un flyer de présentation a été remis à la mission d'inspection. Il est indiqué que l'application permet de : - Partager, via un espace digital dédié, des moments du quotidien des proches (messages sécurisés, photos, vidéos et commentaires) ; - Retrouver des instants de vie au sein de la résidence (actualités, animations) ; - Offrir à son proche une gazette que la résidence imprime tous les mois. L'établissement a également transmis le guide pratique d'utilisation de l'application à la mission d'inspection, ainsi que des captures d'écran des publications réalisées par l'établissement pour tenir informés les familles et les proches des instants de vie au sein de la résidence (diffusion des plannings d'activités, diffusion du dernier compte-rendu de la commission animation, planning des menus, etc.). Implication des proches dans la vie de la résidence Il a été indiqué à la mission d'inspection que les familles et les proches des résidents étaient conviés à certains événements au sein de la résidence ; comme les journées thématiques une fois par mois par exemple. Par ailleurs, ils sont également conviés à certaines sorties extérieures (mini-séjours en dehors de la résidence, illuminations de Paris, etc.).	
Des réponses écrites aux familles sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ?		N	R45	L'établissement dispose d'une procédure relative à la gestion des réclamations écrites. Cette dernière a été approuvée par le Directeur des Opérations Médico-Sociales France du groupe le 20 mai 2021. Elle n'a pas été mise à jour depuis.	

58/83

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Cette procédure met en avant la nécessité de transmettre un courrier de réponse écrit aux réclamations formulées à l'encontre de l'établissement. Elle indique que le délai total entre la réception de la plainte et l'envoi du courrier de réponse final ne doit pas excéder 30 jours. Elle met également en avant le rôle de validation de la Directrice Régionale ; à laquelle la direction de l'établissement doit transmettre le projet de courrier de réponse avant tout envoi au plaignant. Pour les réclamations de niveau 2 et 3 (potentiels risques administratifs et/ou engageant la responsabilité ou portant atteinte à la réputation de l'établissement ou du Groupe), la validation du courrier doit par ailleurs passer par l'Expert métier Relations Clients du Siège. La mission d'inspection ne peut pas objectiver la bonne mise en place de cette procédure ; dans la mesure où elle n'a pas eu accès aux sollicitations écrites envoyées par les familles. Par ailleurs, la mission d'inspection a été informée que la majorité des réclamations des familles étaient traitées de manière informelle, lors d'un échange oral. Remarque n°45 : Il convient de formaliser les réponses apportées aux résidents et à leurs proches dans le cadre des réclamations et doléances exprimées, conformément aux procédures internes disponibles.	
Existe-t-il un conseil de vie sociale ou un groupe d'expression ou de toute autre forme de participation ?	O/C			L'établissement dispose d'un Conseil de Vie Sociale, d'une Commission Animation et d'une Commission Restauration ; qui se réunissent chacun trois fois par an.	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	NC N	E5 R46	Composition et opérationnalité du CVS Les membres élus du Conseil de Vie Sociale sont au nombre de trois : - Un représentant des résidents (Président du CVS) - Un représentant titulaire des familles - Un représentant titulaire du personnel Le représentant des familles assume ce rôle depuis mars 2020. Il habite à Lyon et, de fait, les rencontres se font en visioconférence. Il a été indiqué à la mission	D. 311-4 à 20 ¹⁹

19 D311-5 : « Le conseil de la vie sociale comprend au moins : Deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ; S'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ; Un représentant du personnel ; Un représentant de l'organisme gestionnaire. Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				d'inspection que le représentant des familles était démissionnaire. L'information de sa démission doit être annoncée lors du prochain CVS, le 21 février 2022. Il a été indiqué à la mission d'inspection que le représentant des usagers était décédé à la fin de l'année 2021 ; ce que l'équipe en charge du contrôle a pu vérifier dans le registre des décès. Sur les procès-verbaux des trois CVS tenus en 2021, la mission d'inspection a pu constater que la représentante du personnel n'avait été présente que lors du premier CVS de l'année. En consultant la liste du personnel présent au sein de l'établissement, il a été constaté que cette personne n'exerçait plus au sein de la résidence. A la lecture du procès-verbal du CVS du [REDACTED], la mission d'inspection a pu apprendre que la représentante des salariés avait quitté l'entreprise après la première réunion, en date du 28 juin 2021. Aucun remplacement ou suppléance n'a été mis en place au jour de la visite. Il n'est donc pas possible de dire, qu'à l'heure actuelle, le CVS est opérationnel. Etant donné cela, il a été porté à la connaissance de la mission d'inspection que de nouvelles élections pour les représentants des familles, des résidents et du personnel devaient se mettre en place prochainement. En page 34 du livret d'accueil remis aux résidents, il est indiqué que les élections des membres du CVS se feront à compter du 1^{er} mars 2022, en présence de la Direction, des résidents et des familles présentes. Dans tous les cas, la mission d'inspection rappelle que le CVS devrait être composé d'au minimum 2 représentants des résidents. Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection le procès-verbal des élections attestant de cette carence dans le collège des résidents. Ecart n°5 : Il convient de mettre en place un Conseil de la Vie Sociale conforme aux dispositions de l'article D311-5 du CASF. En l'absence de représentant du personnel et de représentant des résidents, ainsi qu'en l'absence physique du représentant des familles, la mission d'inspection n'a pas été en mesure de s'entretenir avec un membre élu du CVS. Modalités de fonctionnement, fréquence et contenu Le Conseil de Vie Sociale se réunit trois fois par an minimum. L'établissement a mis à disposition de la mission d'inspection le planning des instances réalisées en 2021 (3 dates : le 28 juin, le 27 septembre et le 20 décembre) ainsi que le planning	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Ref.
				prévisionnel pour l'année 2022 (3 dates programmées : 21 février, 13 juin et 7 novembre). La mission d'inspection n'a toutefois pas pu vérifier l'envoi des invitations avec l'ensemble des informations nécessaires au moins huit jours avant la tenue du Conseil, conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF. L'établissement a mis à disposition de la mission d'inspection les procès-verbaux des CVS ayant eu lieu sur l'année 2021 (le 28 juin, le 27 septembre et le 20 décembre). La mission d'inspection a pu constater qu'une date était incohérente entre le planning des instances 2021 et le procès-verbal (28 septembre dans le planning des instances réalisées contre 27 septembre sur le procès-verbal). Les procès-verbaux rappellent les personnes présentes en distinguant les membres élus et les membres consultatifs. La Directrice et l'adjointe de direction composent les membres consultatifs ; elles ont été présentes lors des 3 CVS de l'année 2021. Les procès-verbaux rappellent également l'ordre du jour et retranscrivent le bilan des échanges. Ils sont signés par la Directrice et le Président du CVS ; à l'exception du dernier procès-verbal, le Président du CVS étant déjà décédé et n'ayant, de fait, pu y assister. A titre d'exemple, l'ordre du jour du dernier CVS de l'année 2021 était le suivant : - Présentation des équipes pluridisciplinaires - Gestion d' [REDACTED] (remerciement et alimentation supplémentaire) - Suivi des actions du dernier CVS - Nouveau prestataire coiffure - Vaccination : 3^{ème} campagne, point Pass Sanitaire résidents et salariés - Ritualisation des pratiques - Suivi de l'hydratation / plateforme de pesée - Suivi des textures - Point sur le service restauration - Formation Sécurité Incendie - La tolérance, le respect des origines et appartenances des collaborateurs - Remerciements Direction – Animation La mission d'inspection a pu constater qu'un temps d'échange libre / de questions de la part des membres élus était laissé à la fin de chaque CVS. Il a été indiqué à la mission d'inspection que le prochain CVS aura lieu le 21 février 2022 et que le représentant des familles annoncera sa démission à ce moment-là.	

61/83

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				Communication sur le CVS Le livret d'accueil des nouveaux salariés contient un paragraphe de présentation du fonctionnement du CVS en page 23. Il est également mentionné en page 28 du livret d'accueil remis aux résidents. La mission d'inspection n'a pas pu constater l'affichage du dernier procès-verbal du CVS à l'accueil de l'établissement. Remarque n°46 : Il convient de mettre à disposition des résidents et de leurs proches le dernier procès-verbal du Conseil de la Vie Sociale. Protocoles liés au CVS Deux protocoles relatifs au CVS ont été remis à la mission d'inspection : - Protocole relatif à la mise en place du Conseil de la Vie Sociale (rédigé le 16 mai 2021 par la Responsable Administrative du Département Qualité du Siège avec une mise à jour effectuée le 1^{er} juin 2021) - Protocole relatif à l'organisation et au fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (rédigé par la Responsable Qualité division EHPAD du Siège le 15 avril 2017 avec une mise à jour effectuée le 1^{er} mai 2017) Dans le second protocole, il est indiqué que le procès-verbal doit être suffisamment complet et intégrer a minima plusieurs éléments parmi lesquels l'approbation du dernier procès-verbal du Conseil de la vie sociale. La mission d'inspection constate que cela n'est pas le cas, a minima dans le procès-verbal du CVS du 20 décembre 2021.	
4. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES Affichage liste des PQ, n°él 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O/C O/C		R47	La mission d'inspection a observé lors de la visite de l'accueil que la liste des personnes qualifiées a été affichée ainsi que le numéro de téléphone 3977/ALMA. L'établissement dispose d'une procédure concernant les mesures de protection des résidents (mise à jour le 1^{er} juin 2018) ainsi que d'une procédure concernant la gestion des espèces et des objets déposés au coffre (mise à jour le 1^{er} novembre 2018). Concernant les mesures de protection des résidents	L.311-5 du CASF (personnes qualifiées) Charte sociale européenne L.311-3 du CASF (protection des résidents) Article 1er du 1er protocole additionnel à la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				L'établissement dispose d'une procédure écrite vérifiée et approuvée par le service juridique du groupe. Elle a été mise à jour pour la dernière fois en juin 2018. Elle prévoit les différents cas de figure de protection judiciaire, les étapes à suivre et identifie le rôle des différents acteurs impliqués dans la procédure. Les points de vigilance sont mis en évidence. Parmi les 5 dossiers de résidents consultés par la mission, aucun ne faisait état de mesure de protection. <u>Concernant la protection des biens des résidents</u> L'établissement dispose d'un coffre-fort qui est mis à la disposition des résidents. La Directrice et l'adjointe de direction ont accès à ce coffre-fort. Une procédure écrite de gestion des espèces et des objets déposés au coffre a été formalisée. La dernière mise à jour de cette procédure date du 1^{er} novembre 2018. Il est interdit de conserver au coffre une enveloppe contenant une somme en espèce supérieure à 150 euros par résident. Les objets acceptés au coffre sont les papiers d'identité, les documents bancaires et divers petits objets personnels. Dans la mesure du possible, il est demandé à la famille de conserver les objets et les bijoux. Il a par ailleurs été indiqué à la mission d'inspection qu'un mini coffre-fort avait pu être installé en chambre pour un résident qui le souhaitait. La disparition d'objets personnels a été évoquée lors du dernier CVS en date du 20 décembre 2021. Il est indiqué qu'il s'agit d'une problématique difficile à résoudre et qu'une des causes exceptionnelles de cette situation est liée au changement de chambre mis en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire. Remarque n°47 : L'établissement doit veiller à la sécurité des biens des personnes accueillies.	R. 1113-1 du CSP L. 1113-3 du CSP (protection des biens)
Existence d'un système d'enregistrement et de suivi des enquêtes de satisfaction (documenter) ?	O/C		R48	<u>Enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles</u> Il a été indiqué à la mission d'inspection que les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles se déroulaient de novembre à janvier ; avec l'aide d'un organisme extérieur. Un courrier d'information a été transmis aux familles et aux résidents pour connaître leurs préférences d'envoi (par courrier papier ou par mail). Les résultats seront connus fin février / début mars 2022.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Il est prévu de réaliser une enquête de manière annuelle. <u>Enquête d'engagement auprès des collaborateurs</u> Un organisme extérieur effectue également une enquête annuelle d'engagement auprès des collaborateurs. Cette dernière a lieu de mi-janvier à mi-février. Les précédents résultats de ces enquêtes ainsi que les trames des enquêtes actuellement en cours n'ont pas été transmises à la mission d'inspection. Remarque n°48 : Il convient de formaliser les résultats des enquêtes réalisées et de les partager aux personnes concernées.	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?	O/C		E6 E7	L'établissement dispose d'une procédure de gestion des réclamations orales ainsi que d'une procédure de gestion des réclamations écrites ; respectivement mises à jour les 15 novembre 2019 et 20 mai 2021. Ces deux procédures ont été rédigées par le Siège du Groupe ORPEA. Il est indiqué que le suivi des réclamations orales doit se faire de la même manière que le suivi des réclamations écrites, en tenant compte du lieu de réception de la réclamation (établissement ou Siège du Groupe par exemple). Ces procédures mettent en avant l'existence de trois niveaux de réclamation : - Niveau 1 : sans risques potentiels - Niveau 2 : potentiels risques administratifs (ARS, CD, etc.) - Niveau 3 : engageant la responsabilité et/ou portant atteinte à la réputation de l'établissement ou du Groupe En cas de niveau 3, il est indiqué que le Directeur Régional doit en informer immédiatement le Directeur des Opérations Médico-Sociales du Siège. La mission d'inspection constate la forte implication du Siège du Groupe dans cette procédure de gestion des réclamations ; le Directeur Régional, l'Expert Métier des Relations Clients ou le Directeur des Opérations Médico-Sociales devant systématiquement valider le courrier de réponse à adresser au plaignant (en fonction du niveau précédemment défini). Les deux procédures mettent en avant la nécessité d'apporter une réponse écrite aux réclamations reçues, dans un délai maximal de 30 jours. La procédure de gestion des réclamations écrites insiste sur la nécessité de comprendre les faits, de recueillir les documents permettant de comprendre le contexte et, au besoin, de rédiger une chronologie détaillée des faits. La procédure	R.331-8 à R.331-10 du CASF L331-8-1 du CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				passé ensuite directement à la rédaction d'un courrier de réponse ; sans mentionner spécifiquement les modalités d'élaboration d'un plan d'actions. L'établissement dispose par ailleurs d'une procédure de signalement d'un événement indésirable grave, mise à jour le 1^{er} novembre 2020. Cette procédure met en avant les éléments suivants : - La nécessité de respecter l'anonymat du résident ou du salarié ; - La nécessité de signaler la survenue d'un événement indésirable aux autorités de tutelle sans délai (par téléphone et courriel) et au Siège du Groupe - La mise en place dans les 4 heures suivant la prise de connaissance de l'événement d'une analyse des causes et de la chronologie des faits - La nécessité de transmettre, dans les 48 heures maximum après la survenue de l'événement, le formulaire réglementaire aux autorités de tutelle, après validation du Directeur Régional - La nécessité de mettre en place un plan d'actions afin de pallier la récurrence de l'événement et de réaliser un suivi, notamment lors des réunions d'équipes pluridisciplinaires (et alors apparaître dans le compte-rendu). Ces procédures ne font pas état de la nécessité d'informer le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L.331-8-1 du CASF qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure ; conformément à l'article R.331-10 du CASF. Ecart n°6 : Il convient d'informer le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement de l'ensemble des dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L.331-8-1 du CASF qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure ; conformément à l'article R.331-10 du CASF. Lors des entretiens qu'elle a pu mener, la mission d'inspection a constaté que la déclaration formelle des événements indésirables semblait être peu connue des professionnels ; ceux-ci ne connaissant par exemple pas la fiche formelle à compléter (hormis pour les chutes) et ne sachant pas ce qu'il advient des événements indésirables déclarés. Des informations portées à la connaissance de la mission d'inspection, les professionnels associent les événements indésirables aux seules chutes des résidents, qui sont répertoriées dans le système d'information Netsoins (auquel la mission d'inspection n'a pas eu accès). De plus, lors des échanges qu'elle a pu avoir et des informations qu'elle a pu recueillir, la mission d'inspection a constaté l'existence d'événements indésirables n'ayant pas été déclarés aux autorités de tutelle.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)		N	R49	Ecart n°7 : Il convient de systématiser la formalisation et la déclaration de l'ensemble des événements indésirables listés à l'article L.331-8-1 du CASF, conformément aux dispositions des articles R.331-8 à R.331-10 du CASF. Les procédures de gestion des réclamations orales et écrites indiquent la nécessité de produire un courrier de réponse à destination du plaignant dans un délai de 30 jours (cf. détails ci-dessus). Des informations portées à la connaissance de la mission d'inspection, les réclamations sont généralement effectuées oralement par les familles auprès de la directrice ou directement auprès de l'équipe soignante. Les familles sont alors reçues par la Direction ou le personnel adéquat (psychologue, IDEC, etc.) afin de répondre à leur requête et de mettre en place un plan d'actions. Il n'a pas été spécifié à la mission d'inspection la mise en place d'une réponse écrite. Remarque n°49 : Il convient d'appliquer les procédures de gestion des réclamations en mettant en place un plan d'actions et en formalisant une réponse écrite au plaignant.	
Un suivi et un bilan des réclamations sont-ils dressés ? Quid des signalements ? (documenter)	O/C		E6	L'établissement dispose d'un registre de suivi et de bilan des réclamations, qu'il a transmis à la mission d'inspection. Cette dernière a étudié le document et constaté qu'il était relativement cohérent avec les signalements et les EI / EIG reçus par les autorités de tutelle (ARS / CD) ; à l'exception du dernier EIG en date du 14 juillet 2021 faisant état d'un comportement violent d'une résidente sur une autre résidente. Cet EIG n'a en effet pas été transmis aux autorités de tutelle. Depuis 2018, ce registre comporte 17 entrées, dont 7 EIG. Des informations recueillies par la mission d'inspection, il semblerait que ce registre ne fasse pas état de l'ensemble des événements indésirables survenus au sein de la résidence (cf. écart constaté précédemment). Ecart n°7 : Il convient de systématiser la formalisation et la déclaration de l'ensemble des événements indésirables listés à l'article L.331-8-1 du CASF, conformément aux dispositions des articles R.331-8 à R.331-10 du CASF. Des informations portées à la connaissance de la mission d'inspection, la gestion des réclamations et des événements indésirables se fait principalement entre l'équipe de direction et le siège du Groupe.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?		O			La mission d'inspection n'a demandé l'accès aux résultats des enquêtes de satisfaction. Néanmoins, il a été indiqué à la mission d'inspection une réelle augmentation de la qualité des repas servis. Des informations recueillies par la mission d'inspection, les résidents se disent satisfaits de la variété des menus proposés et de la qualité des produits utilisés. De même, il a été remonté à la mission d'inspection une satisfaction de la prise en charge proposée par l'établissement par plusieurs résidents et/ou proches de résidents.	
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 ?		O/C	N	R50	Une procédure écrite est rédigée par le siège en novembre 2020 sur le signalement des événements indésirables, qui concerne le personnel de l'établissement et les services supports du siège. Elle indique qu'un pré-signalement doit être fait dans les plus brefs délais aux autorités de tarification (ARS, CD) en concertation avec le siège avant l'envoi de la déclaration de l'événement indésirable grave, validée également par le siège, dans un délai de 48 heures maximum aux autorités de tarification (ARS, CD). Elle décrit également le protocole pour le suivi et le traitement des événements indésirables graves. Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission d'inspection de logiciel dédié au recueil et suivi des événements indésirables. L'établissement dispose toutefois d'un tableau de suivi de recueil et de traitement des EI/EIG. Ce dernier est alimenté par l'équipe de direction (directrice et adjointe de direction). Cette démarche est suivie par la cellule régionale Le mode d'emploi est réalisé par le siège et est disponible. La procédure semble complexe en terme de lecture et nécessite un accompagnement des salariés pour une utilisation optimale. Remarque n°50 : Il convient de sensibiliser et former les professionnels à la déclaration des événements indésirables.	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 ?		C			Les entretiens menés par la mission d'inspection et l'analyse des documents ne montrent pas de cas de maltraitance récents au sein de l'établissement. En revanche, l'établissement a eu à gérer un EIG de maltraitance d'un professionnel à l'égard d'un résident en 2018. Cet EIG a été répertorié et signalé aux autorités de	Article 434-3 du Code Pénal

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				contrôle mais n'a pas fait l'objet de déclaration auprès du procureur de la république par l'établissement.	
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...)?	O/C			Une procédure « maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives » existe dans l'établissement. Elle a fait l'objet d'une vérification et validation par la direction qualité du groupe. Sa dernière mise à jour date du [REDACTED] Elle est structurée en deux volets : des actions préventives (contrôle au moment de l'embauche, formation, sensibilisation du personnel) et des actions curatives qui vont de la prise en charge immédiate de la personne maltraitée, au signalement au procureur en cas de faits avérés tangibles et démontrés. La formation bientraitance/ou prévention de la maltraitance est récurrente dans les plans de formation transmis par l'EH PAD. Le nombre effectif de personnes formées est faible mais des référents bientraitance et formateur prévention de la maltraitance sont formés, en raison de 8 personnes au total sur la période 2019-2021. En revanche la mission n'a pas pu s'assurer qu'il s'agit bien de 8 référents distincts. Le plan de formation 2022, prévoit deux séances de formation en mars 2022 pour lesquels 4 professionnels sont déjà inscrits.	
Les EIG associés à des soins sont-ils traités de manière distincte ? La déclaration des infections associées aux soins (IAS) est-elle organisée ?	O O			L'équipe de la mission d'inspection est marquée par l'absence de professionnels médicaux et/ou paramédicaux. De ce fait, elle n'a pas pu investiguer cette partie de l'inspection. En revanche, l'établissement a transmis une procédure « signalement des infections associées aux soins, maladies à déclaration obligatoire et épidémies ». Elle est vérifiée et approuvée par la direction médicale du groupe. Elle a été mise à jour la dernière fois le 01/11/2020. Elle identifie les différentes étapes de gestion de l'événement (analyse des causes notamment), les acteurs concernés ainsi que les actions à mener. Elle prévoit les différents niveaux de déclaration documentée (interne et à l'ARS) dans un délai maximal de 48h.	L. 1413-14 CSP, R. 1413-68 CSP et R. 331-9 CASF L. 1413-14 et R. 1413-79 CSP
Une charte de confiance (ou d'incitation au signalement) existe-t-elle ?	O			La mission d'inspection n'a pas sollicité la charte d'incitation au signalement. Elle ne peut donc pas documenter son existence au sein de l'établissement	L. 313-24 CASF
Les EIG donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ? font-ils l'objet de relances ?		N	R51	La procédure de déclaration des EIG/EIG prévoit dans son étape 3, une analyse des causes de l'événement. Le registre des EIG/EIG 2018-2019 transmis par l'établissement ne fait pas état de retour d'expérience réalisé à l'issue de la survenue d'un événement.	

68/83

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Ref.
				Est répertorié dans ce registre un événement survenu le [REDACTED] (comportement violent d'une résidente envers une autre) non signalé aux autorités de contrôle pour lequel l'exploitation des compte rendus de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire du mois de juillet ne fait pas état de retour d'expérience en équipe. Des informations portées à la connaissance de la mission d'inspection, l'établissement n'a pas mis en place d'instance formalisée d'analyse des E/I/E/G ni de retour d'expérience. Remarque n°51 : L'établissement devrait mettre en place une instance formalisée d'analyse des E/I/E/G afin de prévenir leur réapparition.	
Un suivi et un bilan des E/I/E/G sont-ils faits ?	O/C			L'établissement fait un suivi des E/I/E/G. Il dispose d'un tableau lui permettant de suivre le recueil et le traitement des E/I/E/G. Ce tableau est alimenté et piloté par l'équipe de direction (directrice et adjointe de direction). Cette démarche est suivie par la cellule régionale. La mise en place de cette gestion permet de : - Déclencher une enquête interne, - Assurer un retour d'information auprès des résidents concernés et/ou du représentant légal afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, - Initier un plan d'actions préventives et correctives.	

CONCLUSION

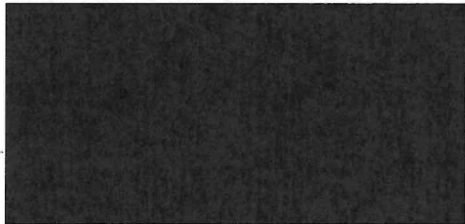
L'inspection de l'EHPAD « Résidence Saint Joseph », géré par la S.A ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 15 février 2022.

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

- D'organisation des ressources humaines : cf. annexe de la lettre d'intention.
- De respect des droits des résidents : cf. annexe de la lettre d'intention.

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

Fait à Nanterre, le 24 février 2022

L'inspecteur désigné par la DG ARS IDF (article L. 1435-7 du CSP)	Cadre chargé de la contractualisation, tarification et du contrôle – Conseil départemental des Hauts-de-Seine
	

GLOSSAIRE

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

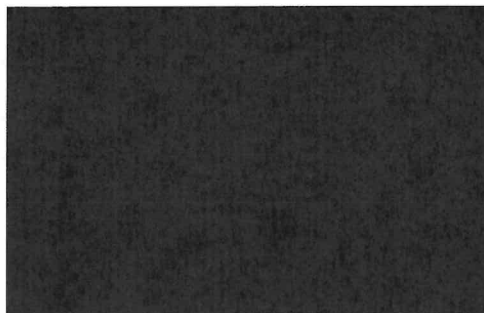
ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale
Des Hauts-de-Seine



Nanterre, le 10/02/2022

Mesdames, Monsieur,

La parution du livre « *Les Fossoyeurs - Révélation sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence Saint Joseph, situé 1/3 Fauveau à Clamart (FINESS n° 920800794) 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 ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L. 1421-1, L. 1435-7 CSP, ainsi que par les articles L.133-2 et le Règlement départemental d'aide sociale comprendra :

Pour sa composante ARS :





RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



hauts-de-seine
LE DÉPARTEMENT



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

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 code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

P/ Le Président du Conseil
Départemental des Hauts-de-Seine
Et par délégation

Elodie MARCHAT

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

Amélie VERDIER

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

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

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

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

Documents à remettre en trois exemplaires à la mission d'inspection dès que possible le jour de la visite

N°	Nature du document demandé	Copie	Consultation	Observations
1	Liste nominative des résidents par chambre présents ce jour	Copie		
2	Liste des salariés présents ce jour	Copie		
3	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	Copie		
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD	Copie		
5	Plan des locaux	Copie		
6	Fiche de tâches horaires par catégorie de professionnel (personnels soignants, médicaux et paramédicaux) travaillant ce jour	Copie		

Documents à mettre à disposition et/ou à remettre à la mission d'inspection

N°	Nature du document demandé	Copie	Consultation	Observations
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Copie		En l'absence du MEDEC titulaire : pour le MEDEC régional assurant l'intérim
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Copie		
3	Fiche de poste par catégorie de professionnels	Copie		
4	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie		
5	Document de délégation de signature au bénéfice de la personne réalisant l'intérim en l'absence du directeur	Copie		
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note et/ou procédure)	Copie		
7	Calendrier des astreintes de direction, médicale et paramédicale (réalisées 2021 + prévisionnel 1 ^{er} semestre 2022)	Copie		
8	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail, quotité de travail en ETP et fonction exercée	Copie		A transmettre au format Excel non verrouillé (et non PDF)
9	Plannings prévisionnels et réalisés de l'année 2021	Copie		
10	Planning prévisionnel et réalisé du mois de janvier 2022	Copie		
11	Planning prévisionnel du mois de février 2022	Copie		
12	Document recensant les vacations réalisées en 2021 et en janvier 2022 (en précisant le nom du vacataire, sa fonction et la période d'intervention)	Copie		
13	Tableau des ETP du mois de février 2022	Copie		
14	Les fiches de tâches horaires par catégorie de professionnels (de jour et de nuit)	Copie		
15	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Copie		
16	Registres des délégués du personnel	Copie		
17	Procédure de prise de poste des nouveaux arrivants et documents afférents (dossier RH type, documents remis)	Copie	Consultation	
18	Document de synthèse de l'absentéisme 2021 par motifs	Copie		

74/83

19	Plan de formation réalisé 2019, 2020, 2021 et prévisionnel 2022 ainsi que les attestations des formations suivies	Copie	Consultation	
20	Dossier RH des salariés		Consultation	
21	Document unique d'évaluation des risques professionnels	Copie		
22	Planning et compte-rendu des réunions (direction/siège, équipe de direction, direction/personnel, pluri professionnelles et CVS) réalisées 2021 ainsi que les programmées 2022	Copie		
23	Dates et CR des visites inopinées de la direction générale sur site	Copie		
24	Documents de la loi 2002-2 (projet d'établissement ; livret d'accueil ; règlement de fonctionnement et modèle de contrat de séjour)	Copie		
25	Dernières évaluations interne et externe	Copie		
26	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Copie	Consultation	Copie pour la 1 ^{ère} page et les 5 dernières pages
27	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	Copie	Consultation	
28	Registre de recueil des événements indésirables (EI) internes et externes		Consultation	
29	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Copie	Consultation	
30	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie	Consultation	
31	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Copie		
32	Dossiers des résidents (volet administratif)		Consultation	
33	Taux d'occupation 2021, en précisant le détail par mois (nombre de personnes accueillies et nombre de journées réalisées)	Copie		
34	La répartition par GIR (en %) des résidents accueillis en 2020 et en 2021	Copie		
35	Planning des animations réalisées 2021 et programmées 2022	Copie		
36	Planning des menus réalisés 2021 et programmés 2022	Copie		
37	Planning des réunions / animations à destination des familles des usagers (réalisées 2021 et programmées 2022)	Copie		
38	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Copie		
39	Convention entre l'EHPAD et un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil d'urgence	Copie		
40	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Copie		
41	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Copie		
42	Plan Bleu	Copie		
43	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (décembre 2021 et janvier 2022) ; extraction du 14 février 2022 (jour et nuit)	Copie		
44	Equipement lève malade et rails de transfert 2018-ce jour	Copie		
45	Registre de sécurité	Copie	Consultation	
46	Copie d'écran de l'outil « ORPEA Family »	Copie		

47	Notice d'utilisation de l'outil [REDACTED]	Copie		
48	Exemples de tableaux de reporting envoyés au Siège de manière hebdomadaire	Copie		
49	Feuilles d'émargement des 6 derniers staffs de direction	Copie		
50	3 derniers journaux internes édités trimestriellement	Copie		
51	6 derniers exemplaires de la Gazette mensuelle de l'établissement	Copie		
52	Bilan social 2021	Copie		
53	5 dernières pages du cahier d'émargement de présence des professionnels	Copie		
54	Document synthétisant les motifs et modalités de recours aux vacations, à l'intérim et aux faisant-fonction	Copie		
55	Données statistiques portant sur les résidents accueillis le jour de l'inspection	Copie		
56	Eléments de preuve concernant les démarches de VAE	Copie		

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

N°	Fonction de la personne auditionnée par la mission d'inspection
1	La directrice de l'établissement
2	L'adjointe de direction
3	La responsable de l'animation
4	Une aide-soignante de l'unité protégée
5	Une auxiliaire de vie en formation VAE d'aide-soignante
6	Un agent de service hôtelier
7	Une famille de résident

Au lendemain de la visite, la mission d'inspection a également reçu les attestations et déclarations sur l'honneur de la part des personnes suivantes :

N°	Fonction de la personne auditionnée par la mission d'inspection
1	Une auxiliaire de vie soins
2	Une auxiliaire de vie
3	Une auxiliaire de vie
4	Une auxiliaire de vie
5	Une aide-soignante
6	Une aide médico-psychologique
7	Une aide-soignante
8	Une famille de résident

Annexe 4 : Arrêté conjoint n°2015-36 du 23 février 2015



DEPARTEMENT DES HAUTS-DE-SEINE
Direction Générale Adjointe
Pôle Solidarités
Direction de l'Autonomie

Arrêté conjoint n°2015-36

Portant autorisation d'augmentation de capacité d'un EHPAD

« Résidence Saint Joseph »
1/3 rue Fauveau - à Clamart.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Le Président du Conseil Général des Hauts-de-Seine

- VU le code de la santé publique ;
- VU le code de l'action sociale et des familles ;
- VU le code de la sécurité sociale ;
- VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- VU la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et les suivantes correspondant à la durée de la convention ;
- VU le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ;
- VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

- VU le décret du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé et nommant Monsieur Claude EVIN, directeur général de l'agence régionale de santé Ile-de-France ;
- VU l'arrêté conjoint n° 2008-667 du 18 décembre 2008 autorisant la transformation la « Résidence Saint Joseph » 1/3 rue Fauveau à Clamart, en Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes et portant la capacité de l'établissement à 63 lits ;
- VU la demande présentée le 17 septembre 2012 par la SA « ORPEA » 3 rue Bellini, 92806 Puteaux, en vue de redéployer un certain nombre de lits d'EHPAD sur le territoire des Hauts de Seine ;
- VU la demande d'augmentation de capacité de 17 lits de la « Résidence Saint Joseph » 1/3 rue Fauveau à Clamart ;
- VU la demande de réduction de capacité de 17 lits de la « Résidence Maison Blanche Chanteraine » 32, rue Georges Hugué à Clamart.

CONSIDERANT que le financement de ces places nouvelles (17 lits d'hébergement permanent) alloué par l'ARS sera déterminé dans la limite de la dotation régionale limitative et conformément à la réglementation sur la tarification des établissements et services médico sociaux en vigueur lors de l'ouverture

CONSIDERANT que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le Code de l'action sociale et des familles et de ses décrets d'application ;

SUR proposition conjointe de la Déléguée territoriale des Hauts-de-Seine et du Président du Conseil général des Hauts-de-Seine,

ARRÊTENT

==

ARTICLE 1 :

L'autorisation de transférer 17 lits d'hébergement permanent de la « Résidence Maison Blanche Chanteraine » située 32, rue Georges Hugué à Clamart, à la « Résidence Saint Joseph » située 1/3 rue Fauveau à Clamart, est accordée à la SA ORPEA ;

ARTICLE 2 :

- La nouvelle capacité de la « Résidence Saint Joseph » située 1/3 rue Fauveau à Clamart est de 80 lits d'hébergement permanent.
- La nouvelle capacité de la « Résidence Maison Blanche Chanteraine » située 32, rue Georges Hugué à Clamart est de 24 lits d'hébergement permanent.

ARTICLE 3 :

Les conditions de renouvellement d'autorisation sont prévues à l'article L.313-5 du Code de l'action sociale et des familles ;

ARTICLE 4 :

Conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du Code de l'action sociale et des familles, la présente autorisation sera caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans suivant sa notification :

ARTICLE 5 :

Cette autorisation de transfert de places ne vaut pas habilitation au titre de l'aide sociale ;

ARTICLE 6 :

La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée au résultat de la visite de conformité mentionnée à l'article L.313-6 du Code de l'action sociale et des familles dont les conditions de mise en œuvre sont prévues par les articles D.313-11 à D.313-14 du même code ;

ARTICLE 7 :

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente selon l'article L.313-1 du Code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes concernées ;

ARTICLE 8 :

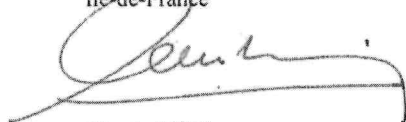
Un recours contre le présent arrêté peut être formé devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de la notification ;

ARTICLE 9 :

Monsieur le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, Madame la Déléguée Territoriale des Hauts-de-Seine, Monsieur le Président du Conseil Général des Hauts-de-Seine, Madame le Directeur général des services du Conseil général des Hauts-de-Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur, publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Ile-de-France et du Département des Hauts-de-Seine ainsi qu'au Bulletin Officiel du Département des Hauts-de-Seine.

Fait le, **23 FEV. 2015**

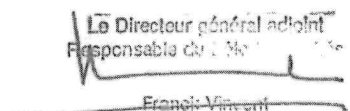
Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France



Claude EVIN

Le Président du Conseil général
des Hauts-de-Seine,

Le Directeur général adjoint
Responsable du 1^{er} MA



Francis Vincent

Annexe 5 : Liste des écarts et remarques relevés et formulés par la mission d'inspection

N°	Liste des écarts relevés par la mission
1	L'établissement ne possède pas de médecin coordonnateur titulaire et le médecin coordonnateur assurant l'intérim est détaché à moins de 0,5 ETP, ce qui ne satisfait pas à l'article L. 312-156 du CASF.
2	En ne vérifiant pas les bulletins n°3 des casiers judiciaires de l'ensemble des personnels, l'EHPAD ne s'assure pas du respect de l'article L. 133-6 du CASF.
3	L'établissement veillera à tenir un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies à jour et conforme aux dispositions de l'article L. 331-2 du CASF.
4	L'établissement doit rédiger un projet d'établissement à jour, conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
5	Il convient de mettre en place un Conseil de la Vie Sociale conforme aux dispositions de l'article D311-5 du CASF.
6	Il convient d'informer le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement de l'ensemble des dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L.331-8-1 du CASF qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure ; conformément à l'article R.331-10 du CASF.
7	Il convient de systématiser la formalisation et la déclaration de l'ensemble des événements indésirables listés à l'article L.331-8-1 du CASF, conformément aux dispositions des articles R.331-8 à R.331-10 du CASF.

N°	Liste des remarques formulées par la mission
1	L'établissement doit fiabiliser les données concernant la répartition par GIR des résidents accueillis.
2	Le local de stockage du rez-de-chaussée est encombré par des cartons vides.
3	Le mur du salon d'accueil du 3 ^{ème} étage est abîmé par la poignée de la porte.
4	Plusieurs fissures sont apparentes sur les murs du couloir de l'unité de vie protégée.
5	Les locaux techniques présents dans le salon de l'unité de vie protégée n'étaient pas verrouillés à clé.
6	Il n'est pas affiché le règlement de fonctionnement de l'établissement.
7	En l'absence d'éléments de preuve, la mission d'inspection ne peut pas affirmer l'existence effective du registre de sécurité.
8	Le tableau des directeurs d'astreinte n'est pas affiché dans l'accueil de l'établissement, ce qui satisfait pas à la procédure « Conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction » de l'établissement.
9	Le directeur d'astreinte le week-end et les jours fériés n'est pas nécessairement présent physiquement sur son établissement, ce qui ne satisfait pas à la procédure « Conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction » de l'établissement.
10	Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection de document attestant de subdélégation de signature pour la personne réalisant l'intérim en l'absence de la directrice.
11	Le planning des astreintes médicales réalisées en 2021 ainsi que le planning prévisionnel des astreintes médicales 2022 n'ont pas été remis à la mission d'inspection.
12	En l'absence de transmission des comptes rendus des réunions 1) régionales, 2) Directrice Régionale / établissement et 3) de l'équipe de direction des 6 derniers mois, la mission d'inspection ne peut objectiver la documentation de ces réunions.
13	Il n'existe pas de réunion institutionnalisée et documentée entre la direction et le personnel de l'établissement.

14	Etant donné les incohérences entre la procédure écrite d'embauche d'un nouveau salarié et les propos recueillis le jour de l'inspection, la mission d'inspection ne peut préciser le degré d'autonomie de l'établissement au regard du Siège du Groupe dans le processus de recrutement.
15	Les documents rédigés au niveau du Siège du Groupe ne sont pas toujours complètement personnalisés à l'établissement.
16	Il n'est pas précisé la remise du règlement de fonctionnement de l'établissement aux nouveaux arrivants dans la procédure formalisée d'accueil des nouveaux salariés, comme cela est recommandé par la HAS, ex-ANESM.
17	En l'absence de documents de preuve, la mission d'inspection n'est pas en mesure d'objectiver la tenue de 2 formations incendie annuelle au sein de l'établissement, ce qui ne satisfait pas à l'article R4227-39 du Code du Travail.
18	Il conviendrait d'établir une procédure concernant la gestion de l'ensemble des manquements professionnels, ceux-ci ne se résumant pas à la maltraitance.
19	Les cahiers d'émargement ne sont pas complétés de manière exhaustive par le personnel, ce qui ne permet donc pas de rendre compte de la réalité des effectifs présents dans le service à un instant T et de s'assurer du temps de pause effectif du personnel.
20	La qualification de l'ensemble des personnels AS/AMP/AES n'est pas acquise ce qui ne permet pas de garantir de garantir la qualité et la sécurité des soins des résidents.
21	Le taux d'absentéisme et le taux de rotation des personnels 2021 sont au-delà du taux maximal cible fixé dans le cadre du CPOM 2018-2022, tous les deux fixés à ■%.
22	Il n'existe pas de procédure formalisée concernant l'organisation et la gestion des remplacements.
23	Il est demandé à l'EHPAD de clarifier la situation des effectifs de l'EHPAD et d'apporter les éclairages quant aux écarts constatés.
24	Le guide de bonnes pratiques de l'ANESM recommande de confier la responsabilité de la coordination des acteurs de la vie sociale à un professionnel formé à l'animation sociale. Ce professionnel est à inclure dans l'équipe d'encadrement.
25	L'EHPAD devrait poursuivre les actions en faveur de la fidélisation du personnel
26	L'absence de transmission de l'ensemble des fiches de tâches heurées n'a pas permis d'objectiver la continuité de service et ne permet pas de garantir la fluidité des transmissions.
27	En ne vérifiant pas l'existence des diplômes des salariés, l'EHPAD ne s'assure pas de la bonne adéquation des qualifications aux fonctions occupées, ce qui ne garantit pas la qualité et la sécurité des soins.
28	La mission d'inspection n'a pas pu constater quel personnel était en charge de la réalisation des plannings des équipes hôtelières.
29	Une partie des missions de la maîtresse de maison n'est pas réalisée dans le cadre de son absence prolongée.
30	Etant donné les incohérences entre les différents documents transmis, la mission d'inspection ne peut pas fiabiliser les écarts entre le planning théorique et l'effectif présent le jour de l'inspection.
31	L'établissement doit veiller à rédiger des fiches de tâches heurées pour l'ensemble des professionnels.
32	L'établissement doit veiller à la cohérence des informations présentes sur le planning de présence avec la réalité et les autres documents internes (nombre de personnels et horaires notamment).
33	L'établissement pourrait rédiger une procédure écrite sur les modalités de transmission entre les équipes.
34	La mission d'inspection recommande à l'établissement d'instaurer des temps d'échanges formalisés entre les personnels de nuit, de fins de semaine, de jours fériés et les personnels de jour.

35	L'établissement devra s'assurer de la mise en place d'une astreinte de nuit paramédicale sur l'ensemble de la nuit (20h – 8h).
36	L'établissement doit veiller à documenter les visites de nuit inopinées réalisées au sein de la résidence.
37	L'EHPAD devrait tenir à jour le suivi des résidents présents de manière rigoureuse et disposer d'une procédure claire de comptabilisation des chambres vacantes et de référencement des résidents, pour limiter les incohérences. Cette procédure devra être connue de l'équipe en charge de ce suivi.
38	Les bilans après 3 mois d'admission des nouveaux usagers ne sont pas systématiquement réalisés et formalisés.
39	Il convient de réaliser une procédure formalisée d'élaboration du projet individualisé, avec le calendrier d'actualisation et les éléments à conserver dans le dossier administratif des résidents.
40	Il convient de formaliser une procédure écrite des modalités d'attribution et de gestion des clés détenues par les résidents.
41	Il serait intéressant de formaliser une procédure écrite concernant la réception et la gestion du courrier et/ou des abonnements.
42	Il convient de réaliser une procédure formalisée sur l'arrêt de l'accompagnement d'un résident.
43	Il convient de rédiger un projet d'animation à jour afin de l'intégrer au nouveau projet d'établissement.
44	Il convient de mettre à disposition des résidents et de leurs proches un registre des doléances ou suggestions d'amélioration.
45	Il convient de formaliser les réponses apportées aux résidents et à leurs proches dans le cadre des réclamations et doléances exprimées, conformément aux procédures internes disponibles.
46	Il convient de mettre à disposition des résidents et de leurs proches le dernier procès-verbal du Conseil de la Vie Sociale.
47	L'établissement doit veiller à la sécurité des biens des personnes accueillies.
48	Il convient de formaliser les résultats des enquêtes réalisées et de les partager aux personnes concernées.
49	Il convient d'appliquer les procédures de gestion des réclamations en mettant en place un plan d'actions et en formalisant une réponse écrite au plaignant.
50	Il convient de sensibiliser et former les professionnels à la déclaration des événements indésirables.
51	L'établissement devrait mettre en place une instance formalisée d'analyse des EI/EIG afin de prévenir leur réapparition.