

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « Le Clos d'Arnouville » (EHPAD)  
19-21 rue Jean Laugère 95400 Arnouville  
N° FINESS 950004358**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2022\_0101**

**Déplacement sur site le 14/02/2022**

Mission conduite par

- [redacted] médecin inspecteur de santé publique, à la Délégation départementale du Val d'Oise de l'ARS IDF.

Et par les représentants des services du Département du Val-d'Oise suivants

- [redacted] chargée de suivi et de contrôle, secteur personnes âgées et domicile, Direction de l'Offre médico-Sociale.
- [redacted] référent qualité, Pôle Appui et Missions Transversales, Direction de l'Offre Médico-Sociale.

Accompagnées par

- [redacted] responsable du département Autonomie à la Délégation départementale du Val d'Oise de l'ARS IDF, chargé d'inspection 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. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

## AVERTISSEMENT

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

### 1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

### 2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

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

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



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	7
B) Modalités de mise en œuvre .....	7
C) Présentation de l'établissement .....	7
<b>CONSTATS</b> .....	<b>9</b>
<b>I. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE (Cotations réalisées par les services de l'ARS)</b> .....	<b>10</b>
A) Les locaux et installations dédiés aux soins .....	10
B) Les missions du médecin coordonnateur .....	11
C) Les soins individuels.....	14
D) La prise en charge médicamenteuse .....	18
E) Qualité et gestion des risques .....	20
<b>II. LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> .....	<b>23</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	23
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	24
C) La communication avec les familles et le CVS.....	25
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables.....	26
E) Les affichages.....	27
<b>III. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> 28	
A) La conformité aux conditions de l'autorisation.....	28
B) Le management et la stratégie' .....	28
<b>IV. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> .....	<b>29</b>
A) L'organisation de la prise en charge .....	29
B) Le respect des droits des personnes accueillies .....	29
C) L'architecture et l'aménagement des espaces .....	30
D) La restauration.....	32
E) Le traitement du linge .....	33
<b>V. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU</b>	

<b>BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS (Cotations réalisées par les services du Département).....</b>	<b>34</b>
A) L'encadrement des équipes.....	34
B) La situation des effectifs.....	35
C) L'organisation du travail.....	36
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>40</b>
Annexe 1 : Lettres de mission .....	40
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....	43
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	45



## **SYNTHESE**

### **Éléments déclencheurs de la mission**

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

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par la Présidente du Conseil départemental du Val d'Oise 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, recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et doléances et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et de la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents au plan de la dépendance ;
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents ;
- La qualité des prestations hôtelières.

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Cette inspection s'est déroulée sur une demi-journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée mais l'établissement s'était préparé à un contrôle au vu de l'actualité. Il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux.

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission.

L'établissement a tardé à remettre les documents, en raison de difficultés pour les charger dans le support informatique (clé USB). La directrice avait sollicité ses collègues, ainsi les directrices d'exploitation de 2 autres EHPAD du Groupe ORPEA valdoisiens sont venues sur site en renfort. Ces personnes ne connaissent pas bien l'établissement selon la directrice

qui justifie ainsi ce retard. Les documents récupérés font encore l'objet d'une analyse par les services de l'ARS et du Département.

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

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



## **INTRODUCTION**

### **A) Contexte de la mission d'inspection**

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 en général et de ceux appartenant au groupe ORPEA en particulier.

Aussi, la DG ARS et la PCD du Val d'Oise ont-elles 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), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins), sur celui de la dépendance ainsi que de la qualité des prestations hôtelières.

### **B) Modalités de mise en œuvre**

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 14 février 2022 à partir de 08h30 par :

Chargée de suivi et de contrôle des établissements sociaux et  
medico-sociaux au sein de la Direction de l'Offre Médico-sociale du Conseil Départemental du  
Val d'Oise ;

Référente qualité au sein de la Direction de l'Offre Médico-sociale  
du Conseil Départemental du Val d'Oise.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup> :

- Registre des entrées sorties des résidents
- Livre des doléances
- Classeur des procédures
- Comptes rendus des derniers CVS
- Organigramme

Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a mené quelques entretiens avec des salariés et des résidents.

A l'issue de cette—visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice<sup>2</sup>.

La mission n'a recueilli aucun témoignage les jours suivants la visite.

### **C) Présentation de l'établissement**

Situé au 19-21, rue Jean Laugère 95400 à Arnouville, l'EHPAD Le Clos d'Arnouville est géré par le groupe Orpea situé 12 rue Jean Jaurès – 92800 à Puteaux.

Ouvert par une autorisation de création en date du 26 juin 2007, l'EHPAD dispose de 89 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour. Il est conçu pour

<sup>1</sup> Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

<sup>2</sup> Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer et dispose d'une unité de vie protégée (UVP) de 20 places.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale au nombre de 27. Le jour de la visite, 8 places étaient disponibles.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 77 résidents. Soit un taux d'occupation de 86.52 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 738.90 et le PMP à 206.

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Son budget de fonctionnement est de : en 2021, dont au titre du  
soin et de au titre de la dépendance.



## **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**

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code de la Santé Publique

Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

réalisées par les services de l'ARS)

### A) Les locaux et installations dédiés aux soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins Nombre de postes de soins dans l'établissement	O			Une salle de soins au rez-de-chaussée, d'accès sécurisé par digicode	
Locaux de soins Poste de soins autonome si UVP				Il y a une UVP de 20 places, complète le jour de la visite, sans poste de soins dédié.	
Locaux de soins Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé				Le local de soins est entretenu.	
Locaux de soins Paillasses pour la préparation des soins			R	Il y a également un local pharmacie contenant un réfrigérateur non entretenu (givre), avec absence de traçabilité de son entretien, le thermomètre semblait défectueux.	
Locaux de soins Collecteurs DASRI OPTI et carton rigide dans le local de soins				L'évier dans la pharmacie semblait usé.	
Appels malades Réponse au test et délai	O			Présence de collecteurs de DASRI.  Un test a été effectué au sein de l'UVF en chambre résidents. Le délai de réponse a été de 5 minutes.	
Appels malades Port par le personnel du dispositif de signallement des appels				Le personnel portait le dispositif de signallement des appels. Un logiciel trace les appels.	
Appels malades Enregistrement, traçabilité et vérification des appels				La mission n'a pas pris connaissance d'une FEI concernant les appels.	
Appels malades Actions suite à écart par rapport aux réponses à apporter (délai, non réponse)					
Appels malades Au moins une FEI concernant les appels					
Dossiers de soins Rangement des dossiers de soins des résidents dans une armoire fermée à clé	O				Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.
Limitation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés	O			Accès sécurisé par digicode	

### Récapitulatif des propositions :

**Recommendation :**

- **Entretien du réfrigérateur et assurer la traçabilité des températures et de l'entretien**



## B) Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
ETP MedCo figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité	O			1 médecin coordonnateur à 0,5 ETP	D312-156, et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de medco ou formation continue medco	O			Le _____ en poste dans la structure depuis 2018, est titulaire d'une capacité de gériatrie	D312-157 CASF
MedCo prescripteur pour N résidents ?	O			Uniquement lors des absences du médecin prescripteur (cf infra)	D312-159-1
Date dernier RAMA établi	O			Le RAMA transmis vaut pour 2020 mais n'est pas daté.	D312-155-3 al 9
Axe d'amélioration mentionné dans RAMA ?	O			Les points d'amélioration pour 2021 étaient les suivants : - Intensifier le rythme des formations des équipes soignantes ; - favoriser les hospitalisations programmées et diminuer les hospitalisations en urgence ; - Favoriser le bilan radiologique mobile pour les explorations . - Recueil des directives anticipées à systématiser selon la procédure interne. - Une réévaluation gériatrique des anciens résidents esi à tracer dans le dossier médical informatisé	
Date dernière et prochaine évaluation PATHOS	O			18/12/2013 pour la dernière et pas de visite programmée.	
Dernière présence sur site du niveau régional santé				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?	O			Le med co et le médecin prescripteur assurent ce rôle.	
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?	O			L'EH PAD bénéficie des services d'un médecin prescripteur gériatre salarié distinct du médecin coordonnateur, présente les lundi et jeudi ( 0, 5 ETP)	
1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;	O			Le projet de soins n'a pas été renouvelé du fait du non renouvellement du projet d'établissement.	D312-158 CASF
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;	O			Demande d'admission d'abord validée par le MedCo en liaison avec psychologue et IDEC puis présentée en staff soignant pluridisciplinaire afin d'évaluer les besoins de la personne âgée.	D312-158 CASF

11/45

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.	O		R	Absence de commission gériatrique tenue en 2020 en raison de l'épidémie Covid.  CR de 2021 non communiqué.	D312-158 CASF
4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;	O				D312-158 CASF
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins	O				D312-158 CASF
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin	O			Evaluation gériatrique complète tracée au dossier à l'admission réévaluée tous les ans , ou plus souvent en cas de besoin.	D312-158 CASF
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;				Seul le médecin coordonnateur et le médecin salarié prescripteur prescrivent au sein de la structure.	D312-158 CASF
8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;	O			Calendrier des formations transmis.	D312-158 CASF
9° Elabore un dossier type de soins ;	O			Un classeur de DLU a bien été consulté par la mission.	D312-158 CASF
10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de	O			RAMA 2020 communiqué. RAMA 2021 en cours d'élaboration.	D312-158 CASF



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;					
10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;	O			Conventions avec la HAD, avec le service d'hygiène hospitalière du GHEM, avec le laboratoire d'analyses biologiques, avec la pharmacie d'officine, ...	D312-158 CASF
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents	O			Oui, partenariats locaux établis (avec la filière gériatrique de Gonesse notamment).	D312-158 CASF
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;	O				D312-158 CASF
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.	O			Oui, le med co est également prescripteur.	D312-158 CASF
14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-13.	O				D312-158 CASF

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Transmettre le compte rendu de la dernière commission gériatrique.

<sup>3</sup> Art L311-4-1 CASF : « I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ».

## C) Les soins individuels

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?	0				Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP Article D. 312-155-0 2ème alinéa 20 du CASF
Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre les professionnels de la structure organisées et formalisées ?	0			Des staffs sont tenus toutes les semaines, le mercredi, réunissant méfCo, IDE, AS, psychologue, animatrice, MK si besoin.  Suis tracés des situations particulières des résidents.  Oui, des évaluations sont réalisées sur les champs de la dépendance, de la douleur, de la nutrition,...	Article R. 4312-3621 du CSP Article D. 312-15822 du CASF
Evaluation à l'admission	0				
Evaluation à l'admission	0				
Evaluation à l'admission					
Evaluation à l'admission					
Evaluation à l'admission	0				
Evaluation à l'admission	0				
Evaluation à l'admission	0				
Macroscibles admission	0				
Macroscibles admission					
Macroscibles admission					
PPS Projet individuel/personnalisé de soins = existence pour chaque résident	0				
PPS Réévaluation pluridisciplinaires régulières pour chaque résident					
Existence de protocoles de soins infirmiers	0			Protocoles communs au Groupe	RA311-3 CSP
Analyses des données issues du système de suivi informatisé des plans de soins				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	Commission de gériatrie arrêté 5 sept 2011
Dossiers de soins fonction pathologie	0				
Dossiers de soins	0				
Dossiers de soins	0				



Points abordés et constatés lors de l'inspection				O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Dossiers de soins	Suivi de la prise effective des repas,			O				
Dossiers de soins	Utilisation par les médecins traitants de la fonctionnalité "dossier médical" du SI soins							
Dossiers de soins	Suivi médical des résidents régulièrement tracé par leur médecin traitant dans le dossier médical papier							
Dossiers de soins	Tracabilité de l'ensemble des soins d'hygiène sur l'ensemble de l'établissement sur une semaine (soit le % de soins signés/soins prévus)			O			Les soins d'hygiène sont tracés dans un document dédié. L'analyse des documents fait état parfois de variations entre le prévisionnel prévu et le réalisé pour la fréquence des douches.	
PEC urgences	Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés			O		E	Présence, en salle de soins, d'un sac d'urgence non scellé et contenant des produits médicaux périmés (médicaments d'urgence, solutés). Fiche de traçabilité des contrôles périodiques, réalisés par IDEC ayant quitté ses fonctions fin 2021, non retrouvée. Autre matériel d'urgence disponible en salle de soins : aspiration, contrôle ECG, dynamap,  Le médecin coordonnateur n'a pas présenté à la mission la dotation pour soins urgents.  Défibrillateur présent à l'entrée de la structure  Plusieurs bouteilles d'O2 et extracteurs vus par la mission.	Article D312-158 13°) CASF
PEC urgences	Dotation pour soins urgents présente et établie par le MedCo							
PEC urgences	Défibrillateur cardiaque présent et vérifié							
PEC urgences	Au moins une bouteille ambu 02 fonctionnelle							
Etat cutané, pansements	Nombre de résidents avec escarre			O			Point non vérifié par la mission	
Etat cutané, pansements	Stock vérifié de pansements anti-escarres utilisables sans délai							
Etat cutané, pansements	% résidents avec matelas anti-escarre							
Etat cutané, pansements	% chambres avec système de rail						L'UGD de l'établissement comporte 9 places et est équipée en rails de transfert.	
Evaluation psychologique et psychiatrique identifiées en gérontopsychiatrie	ressources et partenaires			O			Le partenaire identifié est le CH de Gonesse.	RBPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, 2014.
Evaluation psychologique et psychiatrique situations à risque	veille organisée des						Des évaluations régulières sont réalisées par l'équipe de géronto-psychiatrie de Gonesse pour les résidents de l'UP présentant des troubles du comportement.	
Evaluation psychologique et psychiatrique consultations de géronto-psychiatrie pour des résidents	Dates des 3 dernières						Mise en place de thérapies non médicamenteuses par la psychologue pour les résidents de l'UP : espace Snoezelen ...	
Contentions	Nombre de contentions prescrites			O		R		Evaluation des pratiques professionnelles dans les

15/45



Points abordés et constatés lors de l'inspection				O	N	E/R	Commentaires	Ref.
Contentions et tracée	Prescription médicale des contentions vérifiable			O				établissements de santé limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ANAES octobre 2000
Contentions la limite de prescription	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription							
Contentions Contentions/nb présents)	% de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)							
Contentions hors "urgence")	% d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")						Le jour de la visite : une quinzaine de résidents faisaient l'objet d'une mesure de contention , principalement barrières de lit. Le consentement des proches/personnes de confiance/tuteurs est recherché mais n'est pas matérialisé par un écrit.	
Douleur douleur depuis 3 mois	% de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 3 mois						La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	Article L1110-5 CSP, article L1112-4 CSP, Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, 2012.
Douleur majeurs morphiniques	Nombre de patients bénéficiai de prescription d'antalgiques majeurs morphiniques						En 2020, 80 % des résidents bénéficiaient de prescriptions d'antalgiques dont 19 "de niveau palier 3	
Odontologie	Consultations d'odontologie sur place ?				N		Accord avec un cabinet dentaire de proximité	
Nutrition « modérée »... cf. image ci-dessous)	% de résidents dénutris (Nelsons@ permet de les identifier automatiquement en classant la dénutrition en « sévère » ou « modérée »... cf. image ci-dessous)			O			de résidents dénutris et de résidents présentant une dénutrition sévère en 2020.	
Nutrition Nutrition date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)	Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)						54 résidents en 2020 ont bénéficié d'un régime hyperprotéidique. Peu de compléments nutritionnels.	
Nutrition Fin de vie Dernière intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou de la filière gériatrique	Fin de vie Dernière intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou de la filière gériatrique						La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. La majorité des décès survenus en 2020, selon le RAMA, ont eu lieu à l'EHPAD. Pas d'intervention sur site de l'équipe mobile de soins palliatifs depuis fin 2019 Contact pris avec l'équipe mobile de gériatrie de Gonesse.	Article L1111-11 et R1111-19 CSP, article D312-158 CASF, RBP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci				Pas d'éléments transmis.	L112-4 CSP, L311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Est-ce que Les soins sont encadrés par des protocoles adaptés, diffusés aux équipes et appropriés par elles : notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres, dénutrition ?	O			Protocoles du groupe Orpea.	Article R. 4311-3 du CSP23 Article D. 312-15824 du CASF DGS/DGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007
Les soins du résident peuvent être adaptés à ses besoins individuels :	O			Suivi régulier de la situation des résidents par le médecin prescripteur et tracé dans le dossier de soins.	Article L311-3 CASF L. 1112-4, et L. 5126-6 CSP, R4311-3 à 5, R4312-15 et R5120-113, CSP

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Formaliser le consentement des proches/personnes de confiance/tuteurs concernant la mise en place des contentions et l'annexer au contrat de séjour.
- Prescription :
  - Procéder à la sécurisation du sac d'urgence : renouveler son contenu et en assurer la traçabilité. En outre, établir une liste de soins urgents.

## D) La prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Ref.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi	O			La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Les résidents "à risque" (troubles de déglutition, troubles cognitifs,...) ont été identifiés :	O			En 2020, 33 résidents ont des textures modifiées. Difficulté d'accès à une orthophoniste pour les troubles de la déglutition	
Convention avec une officine pharmaceutique	O			Convention avec l'officine	L.5126-6-1 CSP
Date de la dernière réunion d'évaluation de la convention signées avec le pharmacien d'officine (avec CR)				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.	O			Le document a été communiqué	L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 13°) CASF
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription :				Non requis.	
si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médicaments l'utilisant				La liste n'a pas été remise à la mission.	
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.	O				
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?		N		Gestion manuelle. Le préparateur/pharmacien vient sur site 2 jours par semaine afin de préparer les piluliers des résidents.	
La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée	O			Prévue dans la convention établie avec l'officine	
Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)	O			Il existe un contrôle-type Orpea de 5 piluliers par semaine. Contrôle aléatoire. Mais mise en œuvre non tracée	
Organisation de la distribution des médicaments; modalités de préparation et vérification des doses à administrer			R	Problème d'identification pour certains médicaments hors piluliers stockés en boîte individuelle, ne comportant ni de nom du résident ni numéro de chambre.	R4311-4 CSP
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration	O				Article R4312-10 CSP
Organisation de la vérification de l'efficacité de la prise des médicaments	O				
L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") :	O			Enregistrement en temps réel sur le dossier de soins informatisé via une tablette détenue par les IDE	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Modalités de mise en œuvre des modifications de prescriptions avant l'échéance du terme de la préparation hebdomadaire				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	Article R4235-48 CSP
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y.c pour les administrations de nuit)				Prévue dans la convention avec l'officine Mais procédure non transmise.	Articles R. 4311-3 et -4 CSP
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	L313-26 CASF
Les IDE participent à la prise des médicaments lors des repas ? Seules les AS et AVS réalisaient l'aide à la prise ?				Lors du repas ayant fait l'objet d'un contrôle par l'équipe du CD, les IDE participaient bien à la prise des médicaments.	
Coffre pour produits stupéfiants	O		R	Le coffre fermé à clé au sein de la pharmacie contenait des médicaments hors stupéfiants ( Adrénaline ? ) et périmés	Article R.5132-26
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	O				Article R5132-36 CSP
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?		N		Des traitements d'anciens résidents dcd non repris par le pharmacien étaient encore stockés dans le coffre à toxiques .	

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Procéder à l'étiquetage nominatif des médicaments afin de prévenir tout problème lié à l'absence d'identitovigilance ;
  - Transmettre la procédure de délégation des médicaments aux AS ou AVS ;
  - Retourner les médicaments stupéfiants non utilisés à l'officine comme indiqué dans la convention.

## E) Qualité et gestion des risques

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?	O			Il y a un référent qualité au niveau du groupe Orpea.	
Existence d'une démarche d'évaluation interne				Dernière évaluation interne lancée en septembre 2017 et rapport communiqué le 27/04/2018, prochain rapport d'évaluation interne le 26/04/2023	L312-8, D312-203, D312-205 CASF
Existence d'une démarche d'évaluation externe	O			Date dernière évaluation : rapport du 27/06/2019	D312-205
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations ou un logiciel/outil de suivi de la démarche qualité	O		R	Plusieurs recommandations de la dernière évaluation externe n'ont fait l'objet d'aucun avancement pour les échéances fixées, comme le parking extérieur, le projet d'établissement, la mise en dynamique du registre de bientraitance..., ces constats font croire l'absence de tout plan d'action	
Existence-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?	O			Un PAQ est cependant informatisé, l'établissement dispose d'un logiciel de suivi du PAQ qui contient l'ensemble des plans d'actions à décliner, émanant des résultats des évaluations, des objectifs CPOM, de l'enquête de satisfaction. Pour chacun de ces plans d'actions, il existe un échéancier avec nomination d'un pilote.	
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?	O			Recueil des réclamations et signalements au sein d'un document interne, pas de logiciel utilisé.	
Existence-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?	O		R	Les résultats des enquêtes de satisfaction 2019 et 2020 ont été communiqués mais l'analyse des données n'a pas été transmise à la mission.	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?		N	R	L'EH PAD procède à une évaluation périodique des pratiques professionnelles mais ne semble pas proposer de groupe d'analyse des pratiques à ses salariés. Démarche non mise en évidence, de plus le dernier CVS annonçant le changement du prestataire « blanchisserie » met en évidence un risque de retard et de perte de linge sans le lier à une démarche de recueil de faits, ni de suivi, ces constats laissent un doute quant à l'efficacité d'une telle démarche si elle existe	
Existence-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous ?				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Existence-t-il des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant les représentants des résidents et les professionnels concernés ?				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Le médecin coordonnateur et, s'il est en fonction, l'infirmier référent, participent-ils à ces réunions				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	
Existence-t-il une procédure de traitement des réclamations (recueil, traitement, rapport, suivi...) ?	O			Une procédure est mise en place au niveau du groupe Orpea.	
Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une étude et d'une réponse en 2021				Le nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une étude et d'une réponse n'a pas été relevé par la mission.	
Nombre de fiches d'EI en 2021	O			L'EH PAD a informé la mission que 3 fiches d'EI avaient été communiquées.	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des EI qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?		N		L'EI du 27 octobre 2021 n'a pas fait l'objet d'échange au CVS de novembre 2021, le dysfonctionnement de la blanchisserie n'a pas fait l'objet de prise de mesure quant au risque de ralentissement du nettoyage du linge des résidents, seule l'information a été donnée	
Nombre résidents vaccinés contre la grippe saisonnière en 2020 et 2021 et taux de vaccination Nombre résidents vaccinés contre les infections à pneumocoque en 2020 et 2021 et taux de vaccination Taux de vaccination du personnel contre la grippe saisonnière en 2021 Nombre de dose de vaccins anti-grippaux achetées par l'établissement ou le groupe et mis à disposition de l'EHPAD en 2021 Nombre de tests rapides à orientation diagnostique (TROD), utilisables pour le diagnostic de la grippe en situation de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA).	O			85% des résidents ont été vaccinés en 2020 contre la grippe, contre 22,2% des professionnels.  Les données 2021 n'ont pas été transmises A noter que plusieurs vaccins anti-grippaux non utilisés étaient stockés dans le frigo de la pharmacie.	INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées; INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGOS/DGCS /2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière
Enregistrement systématique des chutes comme EI			E	Depuis 2018, aucune chute n'a été enregistrée dans le document de suivi des EI. Pour autant, selon le RAMA 2020, 52 % des résidents ont chuté. 138 chutes ont été recensées.	
Analyse des causes de chute et mesures mises en place	O			Réalisée jusqu'à son départ récent par l'ergothérapeute en lien avec le MK. Mise en place d'ateliers de prévention des chutes, d'aides techniques.	
Nombre de signalements d'incidents et d'EI adressés à l'ARS en 2021			E	4 EIG ont été recensés dans la base de la DREIV contre 3 EIG dans celle présentée à la mission.	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médicosociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?				Elément non communiqué à la mission.	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médicosociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP



Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés
- Prescription :
  - Procéder au signalement de tout événement indésirable grave aux autorités administratives, ARS Ile de France et Conseil départemental du Val d'Oise, recourir à un logiciel de suivi des réclamations, EI et ELG, et enregistrer les chutes en EI .

## II. LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE (Cotations réalisées par les services du Département)

### A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O			Registre « papier » paraphé	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	O				
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?	O				
Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O			77 selon la directrice, nombre confirmé par la liste des présences	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	O			RAS.	
L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ? Combien à ce jour ?	O				
Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ?	O			L'établissement est habilité pour 27 places. 19 places étaient occupées le jour J.	

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement sont-ils remis et explicités aux usagers ? Les annexes au livret d'accueil sont elles présentes ? désignation de la Personne de Confiance, rédaction de directives anticipées, Charte des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des Personnes Qualifiées ? <i>Cf. Dossiers des résidents</i>	O  O  O			Ces documents sont remis au résident lors de son admission avec son contrat de séjour.	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 <sup>4</sup>
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs,...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? Ce projet est-il évalué périodiquement ? <i>Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes allées de préférence ou déambulantes.</i>				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	Article L. 311-3 du CASF Article D.312-155-031 du CASF ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 <sup>5</sup>
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... ?)				La difficulté de stationnement près de l'établissement (qui ne dispose pas de parking dédié) compromet sérieusement les visites physiques	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

<sup>4</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

<sup>5</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008



### C) La communication avec les familles et le CVS

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>	O			Il semblerait que depuis la crise sanitaire, les familles procèdent principalement par mail pour faire remonter leurs doléances, et n'utilisent plus le cahier de suggestion disponible à l'accueil.  L'établissement organise des réunions d'informations à destination des familles et des tuteurs « les mardis des familles ».	L. 1110-4, CSP
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	O			Le CVS a été élu en 2018 et devait faire l'objet d'un renouvellement. Dans le cadre de la crise sanitaire, les mandats des différents représentants ont été prolongés de quelques mois avec accord. Une réunion de CVS élargie a été organisée en janvier 2022 afin de présenter les missions et le fonctionnement de celui-ci dans le but de préparer l'appel à candidature en février et les prochaines élections.  Bons rapports avec la présidente actuelle du CVS (une résidente). Sur la forme, l'ODJ des réunions n'intègre pas tous les items d'actualité, et n'est pas ordonné quant à sa périodicité (« date à communiquer ultérieurement »).  Les PV de la réunion du 30/11/21 et de la réunion élargie du 29/01/22 étaient affichés au sein de l'établissement et signé par la Présidente du CVS et la directrice de l'établissement.	D. 311-4 à 20

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Transmettre au Département les résultats des élections du CVS et le CR de la prochaine réunion ;
  - Donner de l'effectivité au rôle du CVS, anticiper le planning et la périodicité des réunions, veiller à la mise à jour de l'ordre du jour.

## D) La gestion des réclamations et des événements indésirables

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O			Dans le cadre du PAQ, des « copli qualité » sont organisés régulièrement, auxquels peuvent participer des représentants du Groupe pour un appui, comme l'IDEC régionale par exemple.  Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement mentionnent les mesures prises par l'établissement pour veiller à la sécurité des personnes et des biens.	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>6</sup>  Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?		N		Le cahier de suggestion disposé à l'accueil n'est plus utilisé par les familles, qui privilégient les mails. Ce process rend plus difficile le recensement et le suivi des réclamations (traçabilité des échanges), bien que toutes les remontées fassent l'objet d'une étude en staff.  Selon la directrice, les dernières doléances concernaient principalement les prestations d'entretien du linge.  La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	Article 434-3 du Code Pénal
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été reportés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?		N		Une AS faisant fonction d'animatrice a été nommée référente sur cette thématique. La directrice souhaiterait qu'elle soit secondée par une 2 <sup>ème</sup> personne. Des réunions mensuelles d'étude du « registre bientraitance » sont organisées. Un comité éthique est en cours de mise en œuvre.	
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...) ?				Le plan de formation 2022 mentionne 2 formations sur la bientraitance pour les nouveaux salariés. Une affiche à l'entrée de l'établissement confirme que le personnel a été formé en janvier 2022 à « La prévention de la maltraitance des personnes âgées en institution ».	

<sup>6</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008



Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - o Améliorer la traçabilité du recueil et du suivi des réclamations.

## E) Les affichages

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD</li> <li><input type="checkbox"/> organigramme</li> <li><input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement</li> <li><input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS</li> <li><input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration</li> <li><input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction</li> <li><input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil)</li> <li><input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li><input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine</li> <li><input type="checkbox"/> menus affichés à jour</li> <li><input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations</li> <li><input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA</li> </ul>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p></p> <p>X</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>R</p> <p></p> <p>R</p> <p></p> <p>R</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Les affichages ne sont pas bien visibles. Il est à noter des résidents qui demandent au CVS de permettre un autre affichage, la directrice répondait ne pouvoir le réaliser.</p> <p>L'organigramme doit être amélioré pour plus de clarté quant aux noms des professionnels et leurs ETP par catégorie</p> <p>Existe mais pas affiché</p> <p>A l'arrivée de la mission, le programme affiché à l'accueil est celui des semaines passées, cependant l'animatrice n'arrivant qu'à 10h, l'affichage de la bonne semaine n'avait pas pu être encore installé. A contrario, le planning des activités affiché à l'UVP à 10h12 était bien le bon.</p> <p>Il est reporté dans un compte rendu de CVS que les animations affichées ne sont pas toujours réalisées, en particulier le weekend.</p>	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Permettre un affichage supplémentaire qui répond à la demande du CVS ;
  - Suivre l'effectivité des animations des programmes ;
  - Améliorer l'organigramme.



III. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département)

A) La conformité aux conditions de l'autorisation

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
	C				
1. La conformité aux conditions de l'autorisation					
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	O				

B) Le management et la stratégie

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?		N	R	Le PE est obsolète depuis 2021	art. L.311-8 et D311-38)
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	O			L'organigramme est à améliorer. Il existe des fiches de postes par métiers.	
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?				La directrice est arrivée quelque temps après le début du contrôle, du personnel de direction extérieur à l'établissement (directrice d'un autre EHPAD ORPEA valdoisien) était sur place pour assurer l'accueil de la mission en attendant l'arrivée de la directrice d'exploitation du Clos d'Arrouville.	

Récapitulatif des propositions :

- Prescription :
  - Elaborer un nouveau projet d'établissement.

#### IV. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département)

##### A) L'organisation de la prise en charge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
<b>1. L'organisation de la prise en charge</b>					
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ? Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ?	O	N		Le poste n'est pas pourvu par un animateur diplômé. Au jour du contrôle, c'est une AS faisant fonction d'animatrice qui a la charge des animations.	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	O			L'établissement est équipé d'une salle sroezelen. La direction a également un projet de zoothérapie et d'accueil de chiens guide pour les personnes malvoyantes, ainsi qu'un projet de cybercafé pour favoriser le lien social. Les salariés bénéficient également de coaching sportif et peuvent participer aux sorties.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Pourvoir le poste d'animateur par un professionnel diplômé ;
  - Veiller à la permanence du poste de l'animation de la vie sociale des résidents.

##### B) Le respect des droits des personnes accueillies

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Les matériels (protections, gants) sont-ils en « quantité suffisante » sur les chariots et dans les lieux de stockage ?	O			Il existe un local des stocks de matériels à chaque étage de l'établissement, ainsi qu'un local de stocks au sous-sol pour recevoir la dotation mensuelle avant la	

29/45



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / / C	N / / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Y a-t-il une réévaluation des besoins ? par qui est-elle réalisée ? Qui fait les commandes ? sur quelle période ?				redistribution. La gestion des stocks et les commandes étaient à la charge de la directrice lors de la vacance de poste d'IDEC. Les commandes sont passées 1 fois par mois. Cette gestion se fait au moyen d'un logiciel dédié (logiciel fournisseur Hartmann) selon les besoins évalués des résidents, cependant il n'a pas été démontré que par cet outil l'établissement est en capacité de connaître la situation des stocks à l'instiant T, la fiche issue du logiciel est orientée « quantité consommée » et « coût », la réévaluation des besoins n'a pas été examinée, ni évoquée, aucune procédure la concernant n'a été présentée par la direction. La direction a indiqué une moyenne de plus de 5 changes par 24h par résidents dont l'incontinence est importante, cependant la fiche de stock logiciel transmise indique une moyenne de 3,8 /24h. Les résidents de l'UVP sont contraints de rester dans cette aile dédiée fermée.	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	O				article L311-3, 1° CASF

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Nommer un référent pour la gestion des matériels et formaliser une procédure prévoyant la réévaluation régulière des besoins ;
  - S'assurer des stocks disponibles et identifier les seuils d'alerte.

### C) L'architecture et l'aménagement des espaces

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / / C	N / / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	O				
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	O				
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs, ...)	O			Des travaux sont en cours en raison de problèmes d'étanchéité au niveau du toit. L'établissement est bien tenu. Lors de la visite du matin, le sol était collant au niveau de l'UVP.	
L'EH PAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ?	O			L'établissement dispose notamment d'un espace snoezelen géré par la psychologue. Il contient également un chariot d'activité flash pour les résidents. La terrasse de l'UVP est également équipée de bacs thérapeutiques.	

30/45



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	O			Chaque porte mentionne le nom du résident qui l'occupe. Cependant la personnalisation n'est pas aussi importante selon les étages ou les résidents, notamment au sein de l'UVP où les espaces subissent d'importantes dégradations du fait du profil des résidents. L'aménagement des espaces collectifs tient cependant compte de ces difficultés. Par ailleurs, les thématiques de décorations des espaces par étage sont revues cette année, après concertation des résidents, des familles et des professionnels.	
Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ?	O		R	L'accès à l'établissement est sécurisé par un code, l'UVP également. Il a été constaté au sein de l'UVP des espaces d'accès aux chambres difficilement visibles par les soignants. La terrasse a été équipée pour permettre aux résidents de sortir cependant le revêtement installé (fausse herbe trop haute) doit être changé pour éviter un risque de chute.  La porte d'une chambre de l'UVP reste ouverte en raison du retrait de la poignée par l'établissement, la sécurité n'est pas assurée en raison du dispositif de verrouillage resté encastré dans la porte. Les poignées de portes vont toutes être remplacées en 2022 pour limiter le risque pour les résidents de s'enfermer à l'intérieur de leur chambre.	
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel-malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?		N		Le test effectué à l'appel malade au sein de l'UVP a mis en évidence un dysfonctionnement justifié par la directrice par l'incapacité des résidents de cette unité à appeler l'aide-soignante. Habitée ainsi, cette dernière ne répond plus à ces appels. Pour ce test le délai de réponse était de plus de 5min. La personne n'a pas acquiescé l'appel correctement. Cela a mis en évidence l'absence de toute procédure ou moyen pour pallier à l'incapacité des résidents à utiliser le dispositif.	

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Réparer la porte sans poignée sans attendre la programmation générale des travaux de l'établissement ;
  - Mettre en place un dispositif pour pallier à l'incapacité du résident à utiliser l'appel malade ;
  - Former le personnel à l'utilisation de l'appel malade.

## D) La restauration

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
La prestation de restauration est-elle interne ou externalisée ?	O		R	La restauration est internalisée. L'équipe de cuisine est composée de 3 ETP. C'est le chef qui gère toute la chaîne de production y compris les stocks et les commandes.	
				La direction ne semble pas avoir de regard sur cette chaîne, ce qui interroge le contrôle interne.	
Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ?	O		R	La formation HACCP du chef cuisinier doit être actualisée (mars 2022), et celle du commis aussi. Le plan de formation 2022 évoque plusieurs formations à destination du chef et du personnel de cuisine cependant aucune ne concerne les normes HACCP.	
La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ?	O		R	Les locaux de cuisine sont étroits. La propreté pourrait être améliorée. L'équipement nécessaire a été fourni à la mission pour réaliser une visite de la cuisine.	
Le personnel est-il équipé de gants, charottes, surchaussures ?	O				
Les horaires des repas sont-ils respectés ?	O				
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?	O			Les repas sont élaborés par la diététicienne du Groupe ORPEA. Les menus sont révisés à chaque saison. Le chef a cependant une marge de manœuvre pour adapter les plats aux souhaits des résidents. Les quantités constatées le jour J semblaient suffisantes. Les avis recueillis lors d'échanges avec quelques résidents atabés étaient plutôt bons. Le chef est venu en salle échanger avec les résidents pour recueillir leurs avis.	
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O			La commission a lieu 1 fois par trimestre. Le chef participe à la commission restauration avec les résidents et les familles. Le PV de la dernière commission était affiché à l'accueil (novembre 2021).	
Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?	O			Il existe plusieurs espaces de restauration pour les résidents : la salle de restauration principale, une salle attenante pour les résidents les plus dépendants (salle de stimulation au repas) et l'espace dédié dans l'UVP. Une réflexion sur l'aménagement d'un salon invité est en cours dans le fond de la salle de restauration. Une attention est portée au dressage de la table (nappe, couverts, verres, etc.) et à la décoration des espaces, ainsi qu'au dressage des assiettes. Des textures variées sont proposées aux résidents en fonction de leur besoin (évaluation faite par les médecins traitants et le médecin coordonnateur). Les plans de tables mentionnant les textures sont affichés près des espaces de dressage des assiettes.	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les résidents ont-ils un menu de substitution ? Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O			Le personnel présent en salle aide les plus dépendants. L'IDE distribue les médicaments au moment du repas. Les résidents ont le choix parmi d'autres propositions s'ils ne souhaitent pas le menu du jour (omelette, jambon, etc.), le chef semble connaître les préférences des résidents, un affichage est présent en cuisine mentionnant les régimes et préférences.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Renforcer le contrôle interne et accompagner les référents dans leurs missions (notamment pour la gestion denrées alimentaires et des stocks de matériel).

## E) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?	O			Le traitement du linge est externalisé (pour le linge plat : Elis, pour les linges des résidents : AD3). L'établissement n'a de fait pas de poste de linge dédié. Il existe un local pour déposer le linge sale et un local distinct pour déposer le linge propre. Le prestataire assure ses livraisons 3 fois par semaine.	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?	O			Selon la direction, la majorité des dernières réclamations concernaient la perte de vêtements. La mission a pu constater le jour J que quelques vêtements étaient stockés dans la réserve des protections du 3 <sup>ème</sup> étage, il s'agirait de dons des familles selon la direction et non du linge des résidents.	
Un forfait linge est-il proposé ou imposé aux résidents ? Ce forfait linge est-il également proposé ou imposé aux bénéficiaires de l'aide sociale ?	O			Les familles signent un contrat directement avec le prestataire (AD3). Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, la directrice déclare que c'est l'établissement qui assume la prise en charge.	



V. **LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS (Cotations réalisées par les services du Département)**

A) **L'encadrement des équipes**

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/ R	Commentaires	Réf.
-Le jour J <sup>7</sup> , la direction de l'EH PAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. Entretien avec l'équipe de direction	O			Les plannings des mois de janvier et février 2022 mettent en évidence que la direction n'assure par exemple pas d'astreinte les week-end, celles-ci étant réalisées par l'adjointe de direction 1 week-end sur 3.	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	D. 312-155-0 1111 du CASF
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Permanence/astreinte médicale formalisée ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?		N		La directrice a fait part d'un réel conflit entre aides-soignants et infirmiers, les premiers ne trouvant pas de raisons valables aux traitements et salaires plus avantageux pour les infirmiers	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EH PAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>8</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

<sup>7</sup> Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

<sup>8</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
-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>				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

## B) La situation des effectifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	X				
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?	O			Le tableau est tenu mais la nature des absences n'y est pas	
<i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>	X				
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	L.311-3 et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>9</sup>
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ?	O	N		Oui, les fiches ont été transmises à la mission.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Des fiches de tâches heureées pour les personnels de jour ? de nuit ?					
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? <i>Entretiens avec le directeur/la DRH</i>				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

<sup>9</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

## C) L'organisation du travail

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/ R	Commentaires	Réf.
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels et garantir une prise en charge sécurisée et bienveillante des usagers ? Roulement entre les différentes unités de vie ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Des équipes hôtelières ?					
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
- qui en assure le pilotage ?					
- existe-t-il une procédure ?					
- mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?					



## CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD « Le Clos d'Arnouville », géré par la société ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 14/02/2022.

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

- D'organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante :
  - Suite à la découverte de givre et de l'absence de traçabilité des températures, entretenir le réfrigérateur du local de pharmacie et assurer la traçabilité des températures et de l'entretien ;
  - Transmettre le compte rendu de la dernière commission gériatrique ;
  - Formaliser le consentement des proches/personnes de confiance/tuteurs concernant les contentions et l'annexer au contrat de séjour
  - Procéder à la sécurisation du sac d'urgence, renouveler son contenu et en assurer la traçabilité. En outre, établir une liste de soins urgents.
  - Procéder à l'étiquetage nominatif des médicaments afin de prévenir tout problème lié à l'absence d'identité-vigilance ;
  - Transmettre la procédure de délégation des médicaments aux AS ou AVS ;
  - Retourner les médicaments stupéfiants non utilisés à l'officine comme indiqué dans la convention ;
  - Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés ;
  - Procéder au signalement de tout événement indésirable grave aux autorités administratives, ARS Ile de France et Conseil départemental du Val d'Oise, dont les chutes et recourir à un logiciel de suivi des réclamations, EI et EIG.
- De communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :
  - Transmettre au Département les résultats des élections du CVS et le CR de la prochaine réunion ;
  - Donner de l'effectivité au rôle du CVS, anticiper le planning et la périodicité des réunions, veiller à la mise à jour de l'ordre du jour ;
  - Améliorer la traçabilité du recueil et du suivi des réclamations ;
  - Permettre un affichage supplémentaire qui répond à la demande du CVS ;
  - Suivre l'effectivité des animations programmées
  - Améliorer l'organigramme
- De gouvernance :
  - Elaborer un nouveau projet d'établissement.
- D'organisation de la prise en charge (hors soins) :

- Pourvoir le poste d'animateur par un professionnel diplômé.
- Veiller à la permanence du poste et de l'animation de la vie sociale des résidents.
- Nommer un référent pour la gestion des matériels et formaliser une procédure prévoyant la réévaluation régulière des besoins
- S'assurer des stocks disponibles et identifier les seuils d'alerte.
- Réparer la porte sans poignée sans attendre la programmation générale des travaux de l'établissement ;
- Mettre en place un dispositif pour pallier à l'incapacité du résident à utiliser l'appel-malade ;
- Former le personnel à l'utilisation des appels-malades.
- Renforcer le contrôle interne et accompagner les référents dans leurs missions (notamment pour la gestion denrées alimentaires et des stocks de matériel)

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

Fait à Cergy-Pontoise, le 23/02/2022

Le médecin inspecteur ARS DD 95	
Les représentants du Département du Val d'Oise	

## GLOSSAIRE

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



## ANNEXES

### Annexe 1 : Lettres de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé  
Délégation départementale du Val d'Oise

Saint-Denis, le

10 FEV. 2022

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

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD Le Clos d'Arnouville, situé à Arnouville (FINESS n° 950004358) qui a été inscrit à ce programme (annexe 1).

Cette inspection prendra en compte l'axe suivant :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L. 1421-1, L. 1435-7 CSP comprendra :

- 
- 

L'inspection aura lieu à partir du 14 février 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf article L.1421-2 du Code de la santé publique - CSP), en mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis  
Tél : 01 44 02 09 00  
iledefrance.ars.sante.fr

- Les dispositions de l'article L.1421-3 CSP<sup>1</sup> et L.133-2 CASF<sup>2</sup> s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai d'une semaine à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

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

<sup>1</sup> 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 autres 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 ».

<sup>2</sup> 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 ».



Lettre de mission

A

Pour un contrôle fondé sur les articles L 313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles, au sein de l'établissement :

«EHPAD LE CLOS D'ARNOUVILLE»  
21 rue Jean Laugère  
95400 ARNOUVILLE

**Le 14 février 2022**

Pour mener à bien sa mission, l'équipe aura accès aux différents locaux, entre 8 heures et 13 heures. Ce contrôle aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance ainsi que la qualité des prestations hôtelières. L'équipe portera son attention sur le fonctionnement de la structure et mènera des entretiens avec toute personne qu'elle jugera utile. Elle pourra consulter tous documents nécessaires.

Un rapport me sera remis, qui fera l'objet d'une restitution au gestionnaire.

P/ la Présidente du Conseil départemental  
et par délégation,

Conseil départemental du Val d'Oise  
2 avenue du Parc  
CS 20201 CERGY  
95032 CERGY PONTOISE CEDEX



## Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

DOCUMENTS	VERSION DEMATERIALIZED A SOLLICITER	TRANSMIS OUI/NON
Sur l'organisation :		
▪ Projet d'établissement	X	Ancienne version
▪ Règlement de fonctionnement (ou pièces équivalentes)	X	OUI
▪ Dossier administratif du directeur et notamment :	X	OUI
- Délégations de pouvoir et de signature (DUD)	X	OUI
- Fiche de fonction du directeur	X	OUI
▪ Plannings des mois de janvier 2022 et février 2022	X	OUI
▪ Tableau des effectifs au jour du contrôle mentionnant les qualités et type de contrats des salariés	X	OUI
▪ Plan de formation 2021-2022	X	OUI
▪ Organigramme	X	OUI
▪ Fiches de postes des personnels	X	OUI
▪ Liste des résidents à jour (avec mention des absents)	X	OUI
RAMA	X	OUI ( 2020)
Sur la prise en charge et les droits des usagers :		
▪ Livret d'accueil	X	OUI
▪ Plannings des douches du mois de janvier 2022 et février 2022	X	OUI
▪ Contrat de séjour et annexes	X	OUI
▪ Conseil de la vie sociale : 2 derniers comptes rendus	X	OUI
▪ Cahier des doléances (photocopies ou photographies)	X	NON
▪ Menus de la semaine du jour du contrôle	X	OUI
▪ Programme des activités des mois de janvier 2022 et février 2022	X	OUI
▪ Enquête de satisfaction : résultats des 2 dernières enquêtes	X	OUI
▪ Fiches de stocks (entrées et sorties) des protections	X	OUI
Sur l'installation :		

▪ Procès-verbal de la dernière visite de la commission de sécurité incendie	X	OUI
▪ Procès-verbal de la dernière visite des services vétérinaires	X	OUI

### Documents consultés sur place par la mission

N°	Nature du document demandé	Consultation sur place	Consultés Oui / NON
A	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	OUI	OUI
B	Registre de sécurité	OUI	OUI
C	Registre de recueil des événements indésirables (EI)	OUI	OUI
D	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	NON	NON
E	Dossiers administratifs des salariés	NON	NON
F	Dossiers administratifs des résidents et projets de vie	OUI	OUI
G	document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	OUI	OUI
H	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	NON	NON
I	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	OUI	OUI
J	Dossiers médicaux et de soins et dossiers de liaison d'urgence des résidents	OUI	OUI

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

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

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Fonction</u>	<u>eMail et Téléphone</u>
		Directrice exploitation	
		Chef cuisinier	
		Résidente	
		Présidente CVS et résidente	
		Médecin coordonnateur	
		Médecin prescripteur	
		IDE Coordonnatrice	
		Psychologue	



