

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Le CLOS DE L'OSERAIE » (EHPAD)
6 Rue Paul Emile Victor, 95520 Osny
N° FINESS : 950010868

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2022_0104

Déplacement sur site le 11/02/2022

Mission conduite par

-
-
-
-

Accompagnée par

-

<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none">- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique
-----------------------------------	---

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	5
INTRODUCTION.....	7
A) Contexte de la mission d'inspection	7
B) Modalités de mise en œuvre	7
C) Présentation de l'établissement	7
CONSTATS	9
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).....	10
A) Les locaux et installations dédiés aux soins	10
B) Les missions du médecin coordonnateur	11
C) Les soins individuels.....	15
D) La prise en charge médicamenteuse	18
E) Qualité et gestion des risques	20
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)	23
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	23
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	23
C) La communication avec les familles et le CVS.....	24
D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	25
E) Les affichages.....	26
III. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département)	27
A) La conformité aux conditions de l'autorisation.....	27
B) Le management et la stratégie	27
IV. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département)	28
A) L'organisation de la prise en charge	28
B) Le respect des droits des personnes accueillies	28
C) L'architecture et l'aménagement des espaces	29
D) La restauration.....	30
E) Le traitement du linge	31
V. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU	

3/42

BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS	
(Cotations réalisées par les services du Département).....	32
A) L'encadrement des équipes.....	32
B) La situation des effectifs.....	33
C) L'organisation du travail.....	34
CONCLUSION	35
GLOSSAIRE	37
ANNEXES	38
Annexe 1 : Lettre de mission.....	38
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis	40
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	42

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

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

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est 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 et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite avec affectation, date de naissance ou âge, date d'entrée et niveau de dépendance ;
- La liste des professionnels (soignants, administratifs et techniques) présents et absents le jour de la visite (avec qualité et affectation) ;
- Plannings des professionnels soignants : équipes de la nuit précédant la visite et équipe du jour du, légendé (explication des codes couleurs et/ou abréviations) – dont vacataires/intérimaires
- Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
- Plan des locaux
- Liste des instances et de leurs membres
- Copie du tableau de vérification de l'obligation vaccinale anti-covid des professionnels.

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

L'établissement a tardé à remettre à la mission les documents demandés.

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, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

Aussi, la DG ARS et la Présidente du Conseil départemental 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 sur la qualité des prestations hôtelières.

B) Modalités de mise en œuvre

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 11 Février 2022 à partir de 14 h 30 par :

-
-
-
-
-

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Certains documents remis par la Direction en version dématérialisée sont encore en cours d'analyse. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le Clos de l'Oseraie. Au cours de cet après-midi de visite, l'équipe d'inspection a rencontré des professionnels et résidents de l'établissement et mené des entretiens avec certains d'entre eux.

A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice en présence du médecin prescripteur salarié².

C) Présentation de l'établissement

Situé au 6, rue Paul Emile Victor, 95520 Osny, l'EHPAD Le Clos de l'Oseraie est géré par le groupe ORPEA dont le siège social est situé 12 rue Jean Jaurès – 92800 PUTEAUX.

Ouvert en 2008, l'EHPAD Le Clos de L'Oseraie dispose de 84 places en hébergement permanent et de 10 places en accueil de jour.

Il dispose de 2 unités de vie protégées de 14 places chacune.

Cet établissement est habilité à recevoir 14 bénéficiaires à l'aide sociale.

¹ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

² Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 81 résidents. Soit un taux de présence de 96.42%.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 770 et le PMP à 210.

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.

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles dans la moyenne des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Le GMP validé en 2018 s'élève à 770

La répartition des résidents issue de cette validation est la suivante :

Dépendance	Nb.résidents
Gir 1	15
Gir 2	41
Gir 3	13
Gir 4	9
Gir 5	2
Gir 6	1
Total	81

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

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

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)

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	0		L'établissement compte 1 poste de soins et une pharmacie au 1 ^{er} étage. L'UV/P dispose d'un poste de soin autonome.	
Locaux de soins	Poste de soins autonome si UV/P	0			
Locaux de soins	Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé	0		Les postes de soins sont propres et entretenus. La mission n'a pas pris connaissance de la traçabilité du nettoyage.	
Locaux de soins	Paillasse pour la préparation des soins				
Locaux de soins	Collecteurs DRSRI OPCT et carton rigide dans le local de soins	0		Oui, des paillasses sont disponibles. Oui.	
Appels malades	Réponse au tél et délai				
Appels malades	Port par le personnel du dispositif de signalement des appels			La mission n'a pas investigué ce champ	
Appels malades	Enregistrement, traçabilité et vérification des appels				
Appels malades	Action suite à écart par rapport aux réponses à apporter (détail, 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	0		Les dossiers de soins sont bien rangés dans des armoires sécurisées.	
Limitedation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés		R		L'accès au local à pharmacie est protégé par un code. Cependant, lors de l'arrivée de la mission, la porte était ouverte. L'établissement doit veiller à garder la porte et les placards de la pharmacie fermés.	Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o L'établissement doit veiller à garder la porte et les placards de la pharmacie fermés.

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	N	E		Pas de Medco permanent depuis le premier trimestre 2020 sur l'établissement. 0,5 ETP prévus. Suite au départ du Medco précédent début 2020, le médecin prescripteur salarié (0,5 ETP) a assuré la permanence quelques mois (mais est déjà lui-même MedCO sur un autre EHPAD) puis 2 Medco se sont succédés sur des durées limitées en 2021. A ce jour un Medco est en cours de recrutement pour une prise de poste prévue en Mai 2022. Dans l'attente, le Medco d'un autre établissement Orpea proche intervient un jour par semaine. L'établissement doit recruter un MEDCO dans les 3 mois.	D312-156, et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de medco ou formation continue medco					D312-157 CASF
MedCo prescripteur pour N résidents ?	0			Il est prévu 1 ETP Médical à terme (0,5 ETP Medco + 0,5 ETP médecin prescripteur)	D312-159-1
Date dernier RAMA établi	0			Le dernier RAMA a été établi en 2019.	D312-155-3 al 9
Axe d'amélioration mentionné dans RAMA ?	0			- Poursuivre l'amélioration des résultats en nutrition, - Augmenter la vaccination pneumococcique. - Recueillir plus systématiquement les directives anticipées et la personne de confiance.	
Date dernière et prochaine évaluation PATHOS				La mission n'a pas connaissance de cet élément.	
Dernière présence sur site du niveau régional santé	N			La mission n'a pas connaissance de cet élément.	
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?				Une partie des résidents est encore suivie par leurs médecins traitants (4 médecins traitants interviennent au sein de l'EHPAD pour une dizaine de résidents).	
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?	0			Un médecin prescripteur compétent en gériatrie intervient sur l'établissement les mardis et jeudis (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 ;	0			Le medco participe au projet général de soins en collaboration avec les équipes. Le projet d'établissement prend en compte les spécificités de l'UVP.	D312-158 CASF

11/42

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
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 ;	0			Le medco participe, lorsqu'il y en a un, au projet général de soins en collaboration avec les équipes. A ce jour, et en l'absence de Medco, c'est le médecin prescripteur qui donne un avis sur dossier.	D312-158 CASF
3° Préside la commission de coordination gérontique 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.				La mission n'a pas eu connaissance de cet élément.	D312-158 CASF
4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins reçus 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 ;				La mission n'a pas investigué ce champ.	D312-158 CASF
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gérontiques, 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	0			Oui le médecin veille à l'application des bonnes pratiques gérontiques.	D312-158 CASF
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gérontique 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 gérontique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin				Une évaluation gérontique de chaque résident est réalisée lors de son admission. La traçabilité des bilans gérontiques ultérieurs est cependant irrégulière ne permettant pas d'évaluer le suivi régulier des résidents.	D312-158 CASF
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gérontiques 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 ;	0			L'établissement doit veiller à tracer et à établir régulièrement les synthèses gérontiques.	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 ;	0			Des formations ont été proposées (liste non exhaustive) :	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection				
O	N	E/R	Commentaires	Réf.
			<ul style="list-style-type: none"> - Nutrition chez la personne âgée (02/12/2021) - Hygiène bucco-dentaire (01/12/2021) - Circuit du médicament : maîtriser les risques (10/06/2021). - Gestes d'urgence - Troubles du comportement chez la personne âgée <p>Les mêmes thèmes seront proposés en 2022.</p>	
9°	Elabore un dossier type de soins ;	0	<p>Le dossier de soins se trouve dans le logiciel Netsoins.</p> <p>Il est accessible par l'ensemble des professionnels de soins internes et par la pharmacie, la HAD.</p> <p>Les DLU sont accessibles (H24) et mis à jour.</p>	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 gérontique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;	0	<p>Un RAMA a bien été établi, coordonné par le Medco mais datant de 2019 (dernier en date).</p> <p>L'établissement est tenu de produire un RAMA annuellement.</p>	D312-158 CASF
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 ;	0	<p>Il existe une convention avec la HAD</p> <p>D'autre part, l'établissement a conventionné avec la Clinique Sainte Marie, la Clinique SSR de l'Oseraie, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et avec France Alzheimer.</p> <p>Il existe une procédure en cas d'urgence : recours à une IDE d'astreinte du Groupe.</p>	D312-158 CASF
11°	Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents	0	<p>Les acteurs de soins du territoire sont bien identifiés</p>	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 ;	0	<p>La mission n'a pas connaissance de ces éléments.</p>	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	0	<p>L'établissement dispose de classeurs contenant diverses procédures du groupe.</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	EIR	Commentaires	Réf.
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. 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. 311-4-1 ³ .				<p>La mission n'a pas pu établir si ces procédures sont suivies par l'établissement.</p> <p>Concernant les procédures liées au COVID, c'est le médecin prescripteur salarié qui est intervenu en 2020, faisant fonction de medco.</p> <p>Réunion hebdomadaire à laquelle participent le médecin prescripteur (en l'absence du Medco) et l'infirmière référente (en l'absence de l'IDEC dont le poste est à pouvoir depuis fin Août) avec l'ensemble de l'équipe soignante. Ces réunions sont tracées.</p> <p>Le consentement du patient ou de la personne de confiance en cas de contention n'est pas annexé au contrat de séjour.</p> <p>L'établissement est tenu d'annexer le consentement de contention au contrat de séjour.</p>	D312-158 CASF

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Le projet de soins doit être réévalué pour la période 2022-2026.
 - L'établissement est tenu de produire un RAMA annuellement.
- Prescriptions :
 - L'établissement doit recruter un MEDCO ;
 - L'établissement est tenu d'annexer le consentement de contention au contrat de séjour.

³ 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

	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Points abordés et constatés lors de l'inspection	0	E		Un plan de soins infirmiers est concerné, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge. Réévaluation des ordonnances tous les 3 à 6 mois à minima et plus régulièrement si besoin. A ce jour c'est l'infirmière référente qui se charge du plan de soins infirmiers, en l'absence d'IDEC depuis fin août 2021.	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	0		L'établissement est tenu de recruter une IDEC dans les 6 mois. La coordination et transmission des informations relatives aux soins se fait via l'application	Article R. 4312-3621 du CSP Article D. 312-15822 du CASF
Evaluation à l'admission	MMS	0			
Evaluation à l'admission	NPI-ES	0		Les MMS, NPI-ES, GDS sont réalisées à l'admission. Pour les autres indicateurs, la mission n'a pas eu connaissance de leur évaluation.	
Evaluation à l'admission	Norton ou Braden (escarre)				
Evaluation à l'admission	OAG (état buccal)				
Evaluation à l'admission	GDS (dépression)	0			
Evaluation à l'admission	Cornell (risque suicidaire)				
Evaluation à l'admission	Tinetti (risque de chute)	0			
Macroclés admission	matériel	0			
Macroclés admission	alimentation	0			
Macroclés admission	précautions hygiène	0			
PPS	Projet individuel/personnalisé de soins = existence pour chaque résident	0		Les résidents ont des projets de soins qui sont consignés dans le logiciel Leur réévaluation est faite régulièrement.	
PPS	Réévaluation pluridisciplinaire régulières pour chaque résident	0			
	Existence des protocoles de soins infirmiers	0		L'établissement dispose des protocoles du groupe. La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	R4311-3 CSP Commission de gérontologie arrêté 5 sept 2011
	Analyse des données issues du système de suivi formalisé des plans de soins				
Dossiers de soins fonction pathologie	Protocole de soins individuels si indiqué en	0			
Dossiers de soins	Suivi de l'état cultane.	0			

15/42

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Dossiers de soins	0				
Dossiers de soins	0				
Dossiers de soins	Utilisation par les médecins traitants de la fonctionnelle " dossier médical" du SI soins			Les médecins traitants réalisent un suivi des dossiers médicaux des résidents suivis, soit sous le SI soins, soit sous format papier.	
Dossiers de soins	Surveillé 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)	0		Le planning de douches a été transmis par l'établissement. Au vu de ces éléments, certains soins d'hygiène semblent être réalisés par des auxiliaires de vie ou ASH. La tracabilité des douches est réalisée via scannettes.	
PEC urgences	Chariot/roulotte d'urgence présents et vérifiés	0			
PEC urgences	Dolatior pour soins urgents présente et établie par le MedCo	0		Chariot d'urgence présent et vérifié. Le scellé du chariot est réalisé avec du film alimentaire. 1 chariot pour l'ensemble de l'EHPAD, contrôlé tous les 3 mois. La fiche de suivi du chariot et de son contenu est présente, datée d'octobre 2021.	
PEC urgences	Défibrillateur cardiaque présent et vérifié				
PEC urgences	Au moins une bouteille ambu O2 fonctionnelle	0		Défibrillateur présent et fonctionnel. Bouteille ambu O2 fonctionnelle. (+ 3 extracteurs)	
Etat culané, pansements	Nombre de résidents avec escarre			15% des résidents avec escarre en 2019 principalement en retour d'hospitalisation avec un bon taux de guérison (source RAMA).	
Etat culané, pansements	Stock vérifié de pansements anti-escarres utilisables sans délai			Ce champ n'a pas été investigué par la mission.	
Etat culané, pansements	% résidents avec maléas anti-escarre % chambres avec système de rail			L'équipe mobile géronto-psychiatrique de Beaumont intervient régulièrement au sein de l'établissement.	
Evaluation psychologique et psychiatrique ressources et partenaires identifiées en gérontopsychiatrie				RPPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, 2014.	
Evaluation psychologique et psychiatrique veille	organisée des situations à risque				
Evaluation psychologique et psychiatrique Dates des dernières consultations de géronto-psychiatrie pour des résidents	3 dernières				
Contentions	Nombre de contentions prescrites			15% de contentions (barrières) et 11% de contentions (hors barrières) en 2019.	
Contentions	Prescription médicale des contentions vérifiable et tracée			Lors de la visite, seuls 3 résidents seraient sous contentions hors barrières selon le médecin prescripteur.	
Contentions	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription			Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé Limiter les risques de la contention physique de la	

Points abordés et constatés lors de l'inspection						Réf.
O	N	E/R	Commentaires			
Contentions % de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)			La prescription médicale des contentions est bien présente. Le médecin prescripteur réévalue la contention dans les 24h, puis 48h. Cette réévaluation est tracée dans Netsolis.	personne âgée	ANAES	
Contentions % d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")		R	L'accord du résident/ de sa personne de confiance est recherchée oralement, tracé dans le dossier, mais n'est pas formalisé par écrit. Le consentement du résident/ de sa personne de confiance doit être systématiquement formalisé par écrit.			
Douleur % de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 3 mois			L'évaluation de la douleur est réévaluée régulièrement et au besoin.	Article L1110-5 CSP, article L1112-4 CSP, Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique de la bienveillance Les principes de bienveillance : déclinaison d'une charte, 2012.		
Douleur Nombre de patients bénéficiait de prescription d'analgiques majeurs morphiniques			2 patients bénéficiaient de prescription d'analgiques majeurs morphiniques lors de la visite.			
Odontologie Consultations d'odontologie sur place ?	N					
Nutrition % de résidents dénutris (permet de les identifier automatiquement en classant la dénutrition en « sévère » ou « modérée » ... cf. image ci-dessous)			Sur 129 résidents en 2019, 50 % présentaient une dénutrition modérée , 20 % une dénutrition sévère. 86 résidents avaient bénéficié de régime hyperprotidique et 34 de supplément alimentaires.	Article L1111-11 et R1111-19 CSP, article D312-158 CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.		
Nutrition Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique						
Nutrition date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)						
Nutrition date dernière intervention d'un diététicien						
Fin de vie Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance			Peu de résidents ont rédigé des directives anticipées			
Fin de vie Nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées			La majorité des décès ont lieu à l'EHPAD grâce à l'expérience du médecin prescripteur et des soignants (avec appui de l'équipe d'oncologie du CHP Ste Marie pour les pathologies cancéreuses et de l'HAD si besoin).			
Fin de vie Dernière intervention tracée du réseau de soins palliatifs			Une équipe mobile de soins palliatifs du Vexin va ré intervenir au sein de l'établissement (arrêt des interventions de l'EMSP gériatrique fin 2019).	L1112-4 CSP, L311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des		
Fin de vie Dernière intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou de la filière gériatrique			La mission n'a pas pris connaissance de cette procédure.			
Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci						

1742

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Est-ce que les soins sont encadrés par des protocoles adaptés, diffusés aux équipes et appropriées par elles : notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres, dénutrition ?	O			Les protocoles sont disponibles et en libre accès dans les postes de soins.	Article R. 4311-3 du CSP23 Article D. 312-15a24 du CASF DGSDGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007
Les soins du résident peuvent être adaptés à ses besoins individuels.	O		P	Les dossiers de soin des résidents étudiés par la mission n'ont pas permis d'établir une traçabilité régulière des synthèses gérontologiques. Assurer la traçabilité régulière sur des synthèses gérontologiques et du suivi médical des résidents à risque.	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 :

- Recommandations :
 - o L'accord de contention du résident/ de sa personne de confiance doit être systématiquement formalisé par écrit.
- Prescriptions :
 - o L'établissement est tenu de recruter une IDEC dans les 6 mois ;
 - o Assurer la traçabilité régulière des synthèses gérontologiques et du suivi médical des résidents à risque.

D) La prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PEPM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi	O				
Les résidents à risque* (troubles déglutition, troubles cognitifs,...) ont été identifiés :	O				
Convention avec une officine pharmaceutique	O			Oui. L'établissement a conventionné le 11 mars 2021, avec une officine pharmaceutique de proximité qui intervient très régulièrement.	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 connaissance de cet élément.	
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.	O			Un stock conséquent est bien présent et contrôlé régulièrement par l'infirmière référente.	L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 (3°) CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	ER	Commentaires	Réf.
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.				La mission n'a pas connaissance de cet élément.	
Une liste préferentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription : si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médecins l'utilisant				La mission n'a pas connaissance de cet élément.	
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.	O			La mission n'a pas eu communication de cette liste.	
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?	N			Les médicaments sont préparés par la Pharmacie via le système pillsoft depuis 6 mois. Les médicaments sont livrées directement dans des piluliers en plastique, fermés avec l'identification claire du résident.	
La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée				Il existe un protocole ORPEA de contrôle aléatoire de quelques piluliers	
Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)					
Organisation de la distribution des médicaments; modalités de préparation et vérification des doses à administrer	O			L'infirmière présente sur place vérifie le contenu des piluliers avant administration par rapport aux ordonnances prescrites des résidents. Lors de la visite, l'étiquetage des stylos insuline n'était pas toujours bien visible voire absent. L'établissement doit veiller à la bonne identification des médicaments individuels.	R.43114 CSP
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration	O			Oui	Article R4312-10 CSP
Organisation de la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments	O			Les professionnels donnent les médicaments aux résidents au moment des repas. Les médicaments peuvent être réduits en poudre quand cela est nécessaire. L'administration des médicaments dépend de l'autonomie du résident : soit il prend le médicament tout seul, soit un professionnel l'aide à les prendre.	Article R4312-10 CSP
L'administration ou la non administration des médicaments enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin")	O				
Modalités de mise en œuvre des modifications de prescriptions avant l'échéance du terme de la préparation hebdomadaire	O			Modification sur site du pilulier, au besoin, par la pharmacienne en cas de modification de prescription, avec possibilité de délivrance en urgence.	Article R4235-48 CSP
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y.c pour les administrations de nuit)	O			La distribution des médicaments est parfois déléguée aux AS ou AVS qui ont reçu une formation à cet effet mais la mission n'a pas pu vérifier la documentation relative à ce point. Transmettre le protocole de délégation de distribution des médicaments.	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 réalisent l'aide à la prise ?				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Coffre pour produits stupéfiants	O			Il existe un coffre pour les produits stupéfiants fermé avec un code que seules les infirmières, la HAD et la pharmacie connaissent. Il est contrôlé 1 fois par semaine.	Article R.5132-26
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de tracabilité des administrations de produits stupéfiants	N	P		La tracabilité des administrations de produits stupéfiant doit être formalisée. L'établissement doit tracer l'administration des produits stupéfiants.	Article R5132-36 CSP
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?	O				

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Transmettre le protocole de délégation de distribution des médicaments.
- Prescriptions :
 - o L'établissement doit tracer l'administration des produits stupéfiants ;
 - o L'établissement doit veiller à la bonne identification des médicaments individuels.

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			Le plan d'action qualité est piloté par la directrice de l'établissement avec appui du siège.	
Existence d'une démarche d'évaluation interne	O				L312-8, D312-203, D312-205 CASF D312-205
Existence d'une démarche d'évaluation externe	O				
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations ou un logiciel/outil de suivi de la démarche qualité				La mission n'a pas pris connaissance de cet élément	
Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?	O			Il existe un cahier de doléances présent à l'accueil de la résidence	
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 ?				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, linge...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?				La mission n'a pas investigué ce champ.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous ?				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Existe-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 investigué ce champ.	
Le médecin coordonnateur et, s'il est en fonction, l'infirmier référent, participent-ils à ces réunions				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Existe-t-il une procédure de traitement des réclamations (recueil, traitement, rapport, suivi...) ?				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une étude et d'une réponse en 2021				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Nombre de fiches d'El en 2021	0			Un classeur Excel reprend l'ensemble des El signalés.	
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des El qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?	0			Oui. Un compte rendu du CVS indiquant la déclaration d'un El à l'ARS.	
Nombre résidents vaccinés contre la grippe saisonnière en 2020 et 2021 et taux de vaccination				La mission n'a pas investigué ce champ.	
Nombre résidents vaccinés contre les infections à pneumocoque en 2020 et 2021 et taux de vaccination				En 2019, 70% du personnel et 96% des résidents étaient vaccinés contre la grippe. Les données 2021 ne sont pas connues par l'équipe d'inspection. Cependant, de nombreuses doses de vaccins anti-grippaux étaient entreposées dans le frigo de l'infirmérie.	
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 respiratoire aigües (IRA).					
Enregistrement systématique des chutes comme El		N		En 2019, 55% des résidents avaient fait des chutes (312 chutes dont 8% ont conduit à l'hospitalisation des résidents). Cependant, un patient a, à lui seul, avait fait 42 chutes. La mission n'a pas connaissance de l'enregistrement systématique des chutes comme El.	
Analyse des causes de chute et mesures mises en place	0			Les psychomotriciens de la structure veillent à la mise en place d'aides techniques	
Nombre de signalements d'incidents et d'El adressés à l'ARS en 2021				Aucun en 2021, le dernier El adressé à l'ARS date du 3/12/2020	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?				La mission n'a pas investigué ce champ.	structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
					Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signaler des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

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	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O			Les mouvements de résidents sont suivis dans un logiciel métier dont nous avons eu une extraction.	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	C			81	
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?				Oui 96,42%	
Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?				12 résidents bénéficiaires de l'aide sociale sont accueillis le jour de la visite pour une capacité autorisée de 14 places.	
L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ?	C				
Combien à ce jour ?					
Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ?					

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	Réf.
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 ?	O			Lors de l'entretien avec la directrice elle nous a informés de cette procédure et de son contenu, mais nous n'avons pu consulter le document	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 ?	C			La liste des personnes qualifiées est mise à disposition du résident à l'accueil de la résidence. Il n'y a aucune référence dans les documents d'admission aux directives anticipées	L.311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP

23/42

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
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>				Nous n'avons pas vérifié les dossiers des résidents	Circulaire DGAS/SDS n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 ⁴
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'endormissement, activités de loisirs,...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? Ce projet est-il évalué périodiquement ? Examiner 3 dossiers par établissement, parmi les personnes âgées de préférence ou déambulantes.	C		R	La mission n'a pas consulté les projets dans les dossiers des résidents	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 ⁵
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,...)	C			L'établissement a mis à disposition des familles une application ORPEA-Family qui permet aux familles et aux résidents d'échanger des messages et des documents photos. Mais seulement une quarantaine de famille communique par ce biais.	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

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 par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>	C			Les réponses sont faites par courriel ou lors d'un entretien.	L. 1110-4, CSP

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

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
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 (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).	C			Le CVS est opérationnel. Des comptes rendus ont été établis pour les deux derniers CVS du 29/12/2021 et du 06/09/2021.	D. 3114 à 20

D) La gestion des réclamations et des évènements 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 ?	C			Il existe des formations flash sur la bientraitance. La directrice est la référente au niveau de la direction territoriale. Nous n'avons pas eu connaissance d'un plan d'action spécifique.	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ⁶
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? Quid des signalements (documenter) ?	C			En dehors des mesures inscrites dans le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement nous n'avons pas enquêté sur la mise en pratique de ces mesures	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Les réclamations font elles l'objet d'une réponse écrite ?				Un cahier de doléances est à disposition des résidents/familles à l'accueil de l'EHPAD.	
Quid des signalements ? (documenter)				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	C			Les réclamations et signalements d'événements indésirables sont proposés à la validation de la direction régionale et du siège du groupe ORPEA.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016 Article 434-3 du Code Pénal
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 ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes).				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

⁶ 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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...)?					

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"> <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA 	C			<p>Les affichages sont dans un porte-documents pivotant à l'accueil. La charte des libertés, le programme d'animation, le menu, l'organigramme, le numéro 3977 ont aussi un affichage mural</p>	

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.
1. La conformité aux conditions de l'autorisation	C				
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	C				

B) Le management et la stratégie

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	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?	C				art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?		R		Le projet d'établissement couvrait la période 2016-2021.	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 ?	C				
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	C			Un roulement est proposé avec les autres directrices des EHPAD ORPEA.	

Récapitulatif des propositions :

- Prescriptions :
 - o Actualiser le projet d'établissement pour la période 2022-2027

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	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
	/	C			
1. L'organisation de la prise en charge					
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?				Nous avons évoqué avec la directrice des transmissions qui se font par l'équipe soignante aux changement d'équipe.	
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 ?	C			Durant la visite de l'établissement, les membres de la mission ont pu observer deux animations adaptées aux publics de l'EHPAD. Une animation « théâtre » avec l'animatrice et une intervenante extérieure proposée à des résidents dépendants en unité traditionnelle et une animation avec la psychologue au sein d'une unité Alzheimer autour d'une table tacile.	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	C			Une animatrice est recrutée à temps plein sur l'EHPAD. Des animations sont proposées 6 jours sur 7. Le dimanche est consacré à la « Messe » avec, parfois, un temps « cinéma/documentaire ». Deux animations sont proposées chaque après-midi selon le planning d'animation des deux derniers mois. Les résidents se voient notamment proposer les animations et activités suivantes : théâtre, musicothérapie, jardin thérapeutique, ateliers culinaires, ateliers mémoire. Des ateliers thérapie non médicamenteuse sont proposés avec la présence d'un chariot « flash », la méditation animale, la musicothérapie entre autres. Les salariés bénéficient de séances de massage.	

B) Le respect des droits des personnes accueillies

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
	/	C			
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 ?	C			Les douces sont réalisées à la demande des résidents et sont indiquées dans le plan de soin de chaque résident. L'habillage se fait selon les capacités des résidents. Pour les personnes les moins autonomes, le choix des vêtements est tout de même proposé.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les matériels (protections, gants) sont-ils en « quantité suffisante » sur les chariots et dans les lieux de stockage ? Y a-t-il une réévaluation des besoins ? par qui est-elle réalisée ? Qui fait les commandes ? sur quelle période ?	C			<p>Le plan de soin prévoit les besoins de chaque résident : exemple « M. X préfère être lavée avant le petit déjeuner », « Mme X a pour habitude de se laver le soir avant d'aller dîner ».</p> <p>La mission a souhaité regarder le planning des douches par rapport à la liste des résidents accueillis mais ce dernier document ne correspond pas aux résidents accueillis sur cet EHPAD. La liste correspond aux résidents d'un autre EHPAD valdoisien géré par ORPEA.</p>	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	C			<p>Les chariots étaient bien garnis au moment de la visite inopinée. Le stock de protection semblait être à la hauteur des besoins des différentes unités selon les professionnels.</p> <p>En 2021, la moyenne est de 3,3 changes par jour selon le bilan quantitatif du prestataire pour les achats de la période. Cette moyenne était à 3,15 en 2019. Cette moyenne ne tient pas compte du stock existant.</p>	article L311-3, 1° CASF

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 ?	C				
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	O			Au moment de la visite, l'EHPAD était propre et les couloirs dégagés de tout obstacle.	
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs,...)	C			L'EHPAD compte un homme d'entretien à 1 ETP. Il est chargé de faire les petits travaux de l'établissement.	

29/42

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ?	O			Un coup de peinture « peinture » est fait au besoin après chaque départ de résident. 33 chambres ont été repeintes.	
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	C			Selon le CR du CVS de septembre 2021, l'EHPAD a pour projets en 2022 : <ul style="list-style-type: none"> - La rénovation des circulations aux R+1 et R+2 ; - La rénovation des peintures de la salle de restaurant du rez-de-chaussée ; - La création d'une halle pour isoler le jardin du parking ; - Le changement des éclairages des ascenseurs. 	
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 ?	C			Les salles d'activités sont utilisées par l'animateur, la psychologue, l'ergothérapeute et les intervenants extérieurs pour les animations et les activités thérapeutiques. La résidence a pour projet d'aménager un espace bien-être à destination des salariés	
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	C			Nous avons pu le constater dans la chambre d'une résidente <p>6 chambres de l'EHPAD sont aujourd'hui équipées de rails plafonnier. L'EHPAD a pour projet d'aménager une unité dédiée à l'accompagnement de la grande dépendance physique au R+1.</p> <p>Le dispositif d'appel malade a été changé au sein de l'EHPAD en 2021.</p>	

D) La restauration

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
La prestation de restauration est-elle interne ou externalisée ?	O				
Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ?	O			La prestation restauration est internalisée. L'équipe est composée de 5 personnes, dont 1 chef cuisinier présent du lundi au vendredi.	
La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ?	O			Dans la semaine la cuisine avait fait l'objet d'un contrôle de des services d'hygiène	
Le personnel est-il équipé de gants, charlottes, surchaussures ?	O			Le petit déjeuner est servi à 7h30, le déjeuner à 12h30 et le dîner à 18h30. Des collations sont à la disposition des résidents entre le dîner et le petit déjeuner. La mission a observé le temps de dîner, les horaires étaient respectés.	
Les horaires des repas sont-ils respectés ?	O			Les quelques résidents rencontrés semblaient satisfait de la prestation de restauration, ce qui ne ressort pas des enquêtes de satisfaction 2019 et 2020. Les notes de l'établissement sur la partie « repas » sont inférieures à la moyenne	
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?		R			

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O			régionale et nationale des EHPAD ORPEA, et plus particulièrement sur les thèmes : qualité et diversité des plats cuisinés, la qualité des repas hachés/mixtes.	
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		R	Le coût de repas journalier est de Le chef participe à la commission des menus et participe occasionnellement au Conseil de la Vie Sociale. Les repas se prennent aujourd'hui dans 5 espaces de restauration différents ce qui limite la convivialité des repas. Les menus sont établis par le siège d'ORPEA mais c'est le cuisinier qui cuisine à son goût. Il peut adapter les menus selon les goûts et besoins des résidents.	
Les résidents ont-ils un menu de substitution ? Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O			Les résidents ont la possibilité de commander des plats de substitution. Lorsque les repas sont pris dans la salle à manger principale, les membres de la mission ont conscielé que les résidents avaient la possibilité de changer ou d'adapter leur repas à l'instant T. Exemple = purée à la demande à la place d'un plat de pâtes avec poulet.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Redonner le goût et l'envie aux résidents de descendre des étages pour partager les repas au sein de la salle à manger principale.
 - o Améliorer la qualité et la diversité des aliments cuisinés et proposés aux résidents en réponse aux mauvaises appréciations des enquêtes de satisfaction 2019 et 2020.

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 ? Des résidents ou des familles se sont-ils plaintis de perte ou dégradation de vêtements ?				Le linge plat et le linge des résidents est traité par des prestataires externes. Le linge nappage, le matériel d'entretien est géré en interne La direction arrive à gérer sereinement ces dysfonctionnements avec les familles	
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		N	Le linge des résidents bénéficiaires de l'aide sociale est inclus dans le tarif hébergement	

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 ⁷ , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, qualité 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. Entraînement avec l'équipe de direction ?	C			Des astreintes de direction sont mises en place avec les autres directeur du secteur, mais nous n'avons pas consulté le planning existant	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ? Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? Permanence/astreinte médicale formalisée ? Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	C			Le recrutement est en cours avec une embauche prévue au mois de mai 2022	D. 312-155-0 II/1 du CASF D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?	C			Il n'y a d'IDEC, le processus de recrutement est lancé. Les missions sont assurées par l'infirmière référente et l'IDEC territoriale.	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?				Les échanges entre les membres de la mission et les personnels présents le jour de la visite n'ont pas permis de mettre en avant des glissements de tâches entre les ASH et les AS. Cependant, l'analyse des plannings de douche montre que ce sont très souvent les ASH qui effectuent cette tâche.	
				Il y a des réunions avec la directrice territoriale une fois par mois. Depuis la crise COVID elle se déplace moins sur les établissements. Des réunions avec l'équipe pluridisciplinaire a lieu toutes les semaines	

⁷ Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ^a et dossier RH type, remise de documents ; RF...	C			Ce point n'a pas été évoqué	
Formations prévues/réalisées dont :					
- pratiques professionnelles, - bienveillance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail.					
Cf. Plans de formation 2021 (réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés					
Mode de traceabilité 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) ?	O			Logiciel	
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 ?					
Ratiois d'encaideirement réels (ERRD 2021) / ratiois cibles (EPRD 2021) et ratiois le jour J / ratiois cibles (EPRD 2022).				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Ausentis non prévus (ppx maladie, AT, malades, absences de courte durée...) le jour de la visite ?				Les absences du jour étaient déjà planifiées	
Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning					
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 ?					
Repartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?				33 CDI - 7 CDD.	

^a Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents QIN : RF...

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				L'étude des documents transmis par l'établissement a fait apparaître que 5 salariés avant un début de CDD en février étaient sur le planning de janvier. La mission en déduit que la pratique doit être de faire un contrat à chaque période de vacation. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	L.311-3 et L.312-1, II, 4ème alinéa, CASF et HAS
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heureuses pour les personnels de jour ? de nuit ?	C				L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? Entretiens avec le directeur DRH				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Contractualiser avec les salariés, pour les CDD/Intérim, à chaque période de vacation, mais éviter le recours aux CDD successifs

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 ? Règlement entre les différentes unités de vie ? Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ? Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	C		R	<p>La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.</p> <p>La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.</p> <p>Le jour de notre visite, dans le planning qui nous a été communiqué il n'y avait pas de chevauchement entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit</p>	
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) ?	C			<p>Les transmissions sont transcris dans le logiciel pour les équipes soignantes.</p>	

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

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Le Clos de l'Oseraie, géré par Orpea a été réalisée de façon inopinée le 11 Février 2022.

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

- De 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 :

Recommandation :

- o Contractualiser avec les salariés, pour les CDD/intérim, à chaque période de vacation, mais éviter le recours aux CDD successifs.

- De dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Recommendations :

- o L'établissement doit veiller à garder la porte et les placards de la pharmacie fermés.
- o Le projet de soins doit être réévalué pour la période 2022-2026.
- o L'accord de contention du résident/ de sa personne de confiance doit être systématiquement formalisé par écrit ;
- o L'établissement est tenu de produire un RAMA annuellement ;
- o L'établissement doit transmettre à l'ARS le protocole de délégation de distribution des médicaments.

Prescriptions :

- o L'établissement doit recruter un MEDCO dans un délai de 3 mois ;
- o L'établissement est tenu d'annexer le consentement de contention au contrat de séjour ;
- o L'établissement est tenu de recruter une IDEC dans les 6 mois ;
- o L'établissement doit veiller à tracer et à établir régulièrement les synthèses gériatriques ;
- o L'établissement doit tracer l'administration des produits stupéfiants ;
- o L'établissement doit veiller à la bonne identification des médicaments individuels.

- Le management et la stratégie :

Prescription :

- o L'établissement doit actualiser le projet d'établissement pour la période 2022-2027

- Les qualités des prestations hôtelières :

Recommendations :

- o L'établissement doit s'attacher à redonner le goût et l'envie aux résidents de descendre des étages pour partager les repas au sein de la salle à manger principale ;

- L'établissement doit s'attacher à améliorer la qualité et la diversité des aliments cuisinés et proposés aux résidents en réponse aux mauvaises appréciations des enquêtes de satisfaction 2019 et 2020.

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

Fait à Cergy-Pontoise, le 23.02.2022

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 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale du Val d'Oise

Saint Denis, le 10 FFV 2022

Mesdames,

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

Ce programme, 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 cibles, 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 de l'Oseraie, situé à Osny (FINESS n° 950010868) qui a été inscrit à ce programme (voir 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 prevues par les articles L. 1421-1, L. 1435-7 CSP comprendra :

-
-

L'inspection aura lieu à partir du 11 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.



- Les dispositions de l'article L.1421-3 CSP¹ et L.133-2 CASF² s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport 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'inspecteur. 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, Mesdames, l'expression de notre considération distinguée.



Lettre de mission

Direction de l'Offre Médico-Sociale, Conseil départemental du Val d'Oise

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 DE L'OSERAIE»
6 Rue Paul Emile Victor
95520 OSNY

Le 11 février 2022

Pour mener à bien sa mission, l'équipe aura accès aux différents locaux, entre 14 heures et 19 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.

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

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

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	NON	NON
C	Registre de recueil des événements indésirables (EI)	OUI	OUI
D	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	OUI	OUI
E	Dossiers administratifs des salariés	OUI	OUI
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)

Nom	Prénom	Fonction	eMail et Téléphone
		Directrice exploitation	
		Infirmière référente	
		Médecin prescripteur	
		Animatrice	
		Psychologue	
		Aide-soignante	
		Aide-soignante	
		Auxiliaire de vie	
		Auxiliaire de vie	
		Chef cuisinier	
		AMP	
		Aide-soignante	
		Educatrice spécialisée	