

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « EHPAD JOHN LENNON » (EHPAD)
3 rue John Lennon, 95379 Montigny-lès-Cormeilles
N°950780312**

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0106
Déplacement sur site le 14/02/2022

Mission conduite par

- inspecteur de l'action sanitaire et sociale,
coordonnateur de la mission d'inspection ;

Accompagnée par

- chargée d'inspection désignée personne qualifiée
conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

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

- coordonnatrice, secteur personnes âgées et domicile,
Direction de l'Offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;
- , Chargée de suivi et de contrôle, secteur personnes
âgées et domicile, Direction de l'Offre médico-sociale, Conseil départemental du Val
d'Oise ;
- Chef de service, secteur personnes
handicapées, Direction de l'Offre médico-sociale, Conseil départemental du Val
d'Oise.

| | |
|-----------------------------------|---|
| <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 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^e 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'apprecier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 5 |
| INTRODUCTION | 6 |
| A) Contexte de la mission d'inspection | 6 |
| B) Modalités de mise en œuvre | 6 |
| C) Présentation de l'établissement | 6 |
| CONSTATS | 8 |
| I. 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 de l'ARS et/ou du Département) | 9 |
| A) Le nombre et le profil des résidents accueillis | 9 |
| B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents..... | 10 |
| C) La communication avec les familles et le CVS..... | 11 |
| D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables..... | 12 |
| E) Les affichages..... | 13 |
| II. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département) | 15 |
| A) La conformité aux conditions de l'autorisation..... | 15 |
| B) Le management et la stratégie | 15 |
| III. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département) | 16 |
| A) L'organisation de la prise en charge | 16 |
| B) Le respect des droits des personnes accueillies | 17 |
| C) L'architecture et l'aménagement des espaces | 17 |
| D) La restauration..... | 18 |
| E) Le traitement du linge | 20 |
| IV. 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) | 22 |
| A) L'encadrement des équipes | 22 |
| B) La situation des effectifs..... | 23 |
| C) L'organisation du travail..... | 24 |
| CONCLUSION | 25 |
| GLOSSAIRE | 27 |
| ANNEXES | 28 |

| | |
|---|----|
| Annexe 1 : Lettres de mission | 28 |
| Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis | 31 |
| Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection..... | 33 |

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 ;
- 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. Les éléments recueillis par voie dématérialisée le 14/02/2022 sont en cours d'analyse.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, un cuisinier 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-ils 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 et de prise en charge de la dépendance, ainsi que sur la qualité des prestations hôtelières.

La mission n'étant pas constituée d'une équipe médicale (médecin ou infirmier) le périmètre de l'inspection ne comprend pas l'investigation du champ médical, locaux compris.

B) Modalités de mise en œuvre

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 14 février 2022 à partir de 8h30 par :

- _____ inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection, désigné par la directrice générale de l'ARS Ile de France ;
- _____ chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique par la directrice générale de l'ARS Ile de France ;
- _____ coordonnatrice, secteur personnes âgées et domicile, Direction de l'Offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;
- _____ Chargée de suivi et de contrôle, secteur personnes âgées et domicile, Direction de l'Offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;
- _____ Chef de service, secteur personnes handicapées, Direction de l'Offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré plusieurs salariés de l'EHPAD et quelques résidents. Elle a mené des entretiens avec la Directrice et le cuisinier. A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice². En outre, les jours suivants, la mission a recueilli le témoignage de 3 personnes.

C) Présentation de l'établissement

Rappel de l'autorisation de l'EHPAD

Situé au 3 rue John Lennon à Montigny-lès-Cormeilles, l'EHPAD « John Lennon » est géré par le groupe ORPEA située 2 rue Jean Jaurès à Puteaux (92800).

Ouverts en 2015 dans des nouveaux locaux, l'EHPAD John Lennon dispose de 90 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour.

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

Il est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer. L'établissement dispose d'une unité de vie protégée (UVP) au 4^e étage du bâtiment.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 25 places.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 78 résidents. Soit un taux d'occupation de 86,6 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 760 et le PMP à 225.

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 au-dessus des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les résidents accueillis au moment de la validation du GMP en 2019 étaient répartis plus précisément comme suit :

| Dépendance | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 et 6 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|------------|
| EHPAD 2018 | 28% | 33% | 20% | 13% | 6% |
| IDF ³ | 18% | 40% | 18% | 17% | 7% |

Son budget de fonctionnement est de _____ au titre du soin et de _____ au titre de la dépendance.

³ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

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. 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 de l'ARS et/ou du Département)

A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | 0 I C | N/ NC | EIR | Commentaires | Réf. |
|---|-------------|----------|-----|---|----------------------------|
| Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ? | 0 | | | Il existe un registre légal des entrées et des sorties. Cependant, ce registre est incomplet puisque seulement 48 résidents y sont inscrits. Or, l'EHPAD accueille 78 résidents au jour de la visite. La mission a récupéré une liste imprimée des résidents présents au jour de la visite. | L. 331-2 et R. 331-5, CASF |
| Nb de résidents accueillis le jour J ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? | 0 | | | Résidents accueillis au jour de la visite : 78 Soit un taux d'occupation de 86,6% au regard de la capacité autorisée de 90 lits. L'EHPAD dispose de 90 chambres individuelles. | |
| Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ? Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ? | 0 | | | Une employée administrative est en charge du suivi des entrées et sorties des résidents | |
| L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ? Combien à ce jour ? Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o Tenir à jour le registre des entrées et des sorties.

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

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | 0 / 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 ? | N | R | | Pas de procédure d'admission Bilan intégration fait sur dossier médical | 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 expliqués aux usagers ? Les annexes au livret d'accueil sont-elles présentes ? designation de la Personne de Confiance, rédaction de directives anticipées, Chartre des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir, de la liste des Personnes Qualifiées ? Cf. Dossiers des résidents | 0 | | | Les règles en la matière semblent être respectées sur le plan administratif selon les échanges eu avec la directrice. La mission n'a pu en vérifier la mise en œuvre sur le plan médical, ni consulter les outils de soin. | L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SDS5 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 établissemment parmi les personnes aînées de préférence ou déambulantes. | 0 | R | | Sur 77 PPV : - 36 signés soit 47% - 40 en attente soit 52% - 1 non fait soit 1% Chaque résident doit disposer d'un projet de vie personnalisé rédigé et signé. | 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 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... ? | 0 | | | L'EHPAD a mis en place une gazette mais cette dernière n'est distribuée que très rarement. De même, le groupe ORPEA met à disposition l'application outil de partage très peu utilisé par l'EHPAD. Cependant, l'EHPAD échange par mail avec les familles, ou par téléphone. | un |

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 I C | N/ NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|---|-------------|----------|-----|--|------|
| Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ? | | | | Les rencontres et les interactions entre la famille et l'établissement ne sont pas formalisées. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | |
| | | | | | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Mettre en place une commission d'admission associant les professionnels de santé, la famille et/ou le résident ;
 - o Rédiger et signer un projet de vie personnalisé pour chaque résident.

C) La communication avec les familles et le CVS

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O I C | N/ NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|-------------|----------|-----|--|----------------|
| Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (<i>« différent »</i>) | N | | | La mission n'a pas constaté les éventuelles réponses aux familles. L'établissement n'a pas de procédure formalisée de suivi des plaintes. La directrice a un cahier qui trace un rendez-vous pris avec les familles, indiquant les sujets abordés mais aucune information indiquant la suite donnée. | L. 1110-4, CSP |
| 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). | N | | | Les 2 derniers CVS dont les comptes rendus sont affichés à l'accueil datent des 21/6/2019 et 24/11/2021. Le dernier CVS est consacré en quasi-totalité aux élections. | D. 311-4 à 20 |

Récapitulatif des propositions :

- Prescriptions :
 - o Planifier les 3 CVS prévus réglementairement chaque année ;
 - o Mettre en place une procédure de recueil et de suivi des plaintes, et un outil permettant de tracer les suites données.

D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O I 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 ? | O | | | <p>L'établissement a réalisé des enquêtes de satisfaction. Pour l'année 2019, l'enquête révèle les taux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23,7 % sont très satisfaits ; - 73,7 % sont satisfaits ; - 2,6 % sont peu satisfaits. <p>Pour l'année 2020, l'enquête révèle les taux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27,00 % sont très satisfaits ; - 64,9 % sont satisfaits ; - 5,4 % sont peu satisfaits ; - 2,7 % ne sont pas du tout satisfaits. <p>La psychologue a suivi une formation de « référent bientraitance »</p> | Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ⁶ |
| Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ? | O | | | <p>L'EHPAD dispose de documents dédiés au suivi, et à la gestion, des biens et des ressources des résidents. Ces derniers ont la possibilité de confier leurs biens à l'établissement afin qu'ils soient protégés dans un coffre.</p> | 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 | R | | <p>Il existe un registre de recueil des réclamations et signalement. Cependant, ce recueil est très incomplet pour la partie réclamation. Ce fichier manque de formalisation (procédure, suivi etc).</p> <p>Le registre des EI et réclamation mentionne uniquement un épisode de gastro entérite (GEA) ouvert en janvier 2022 et clos en février 2022. Aucun autre événement n'y figure.</p> <p>Aucun événement documenté antérieur à 2022 n'a pu être communiqué par l'établissement le jour de la visite.</p> | |
| Les réclamations font elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter) | N | R | | <p>Un cahier de suggestion des familles existe : n'est mentionné qu'un incident technique datant de novembre 2021.</p> <p>L'EHPAD n'a pas de document retracant le suivi des réclamations et des signalements.</p> | |

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. |
|---|-------|--------|--|---|------|
| Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ? 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 ? | N | R | La mission n'a pas eu connaissance d'un logiciel spécifique pour le suivi des EI. En décembre 2021, un cas de signalement pour acte de maltraitance a été signalé. Or, le classeur des EI et réclamation ne mentionne pas son existence ni la procédure de traitement. | L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016 Article 434-3 du Code Penal | |
| Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ? | N | | | La psychologue a suivi une formation de « référent bientraitance mais la mise en œuvre de la politique de promotion de la bientraitance n'a pas pu être constatée par la mission. Des formations à la bientraitance ont été dispensées (attestations versées au dossier d'une salariée pour des formations de 7h à la « prévention de la maltraitance » les | |

Récapitulatif des propositions :
- Recommandations :

- Recommandations :
 - o Mettre à jour le registre de traitement et le suivi des évènements indésirables et réclamations
 - o Formaliser par écrit les réponses aux réclamations et signalements ;
 - o Mettre en place une politique de promotion de la bientraitance encadrée par la psychologue.
 - Prescription :
 - o Formaliser la procédure de déclaration des EIG et tracer les suites données.

E) Les affichages

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O/C | N/N | 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) | O/C O/C O/C O/C O/C | | A l'entrée de l'établissement sur la droite : affichage sous verre 3977 Affichage « Attestation de Formation » sur le thème Formation Référent Bienveillance Composition du CVS Noms des prestataires extérieurs et tarifs (médecins, kinésithérapeutes, pédicures et coiffeurs) Résultats des votes du collège famille CVS le 4 novembre 2021 Résultats des votes du collège résidents CVS du 23 octobre 2019 A l'entrée de l'établissement : dans 2 classeurs : | | |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O/ C | N/ C | E/ R | Commentaires | Réf. |
|--|--------------------------|---------|---------|---|------|
| <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 | OIC OIC OIC OIC | | | <p>- Arrêté tarifs dépendance du CD CR du CVS du 21 juin 2019 CR du CVS du 24 novembre 2021 CR commission animation du 11 juin 2021 CR commission animation du 12 mars 2021 CR commission animation du 19 octobre 2021 Contrat de séjour : liste des annexes dont la charte des droits et libertés de la personne accueillie Annexe III du livre d'accueil relative à la personne de confiance CR Commission Restauration 16 décembre 2021 CR Commission Restauration 4 février 2020 PV Commission Sécurité Numéros des services d'urgence Coordonnées de services funéraires</p> <p>A l'entrée de l'établissement sur la gauche : Affichage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des tarifs des prestations : tarifs hébergement et prestations annexes : • Repas invité • Unité téléphonique • Pour les prestations extérieures : cf le hall d'accueil • Les tarifs dépendance <p>A côté des ascenseurs : affichage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Trombinoscope) Tableau avec les badges de l'ensemble du personnel (photos et poste occupé) <p>Tableau des animations, et des menus par jour sur une semaine</p> | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Afficher les résultats de la dernière enquête de satisfaction ;
 - o Afficher l'organigramme (le trombinoscope est insuffisant en ce sens qu'il ne précise pas les liens hiérarchiques)

II. 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 C | N/ NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|--------|----------|-----|--|------|
| 1. La conformité aux conditions de l'autorisation | | | | | |
| La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ? | O | | R | Il existe une unité dite « grande dépendance » installée au 3ème étage du bâtiment alors que l'autorisation ne prévoit pas cette spécialité et que les locaux ne permettent pas de stocker les fauteuils en dehors des chambres. | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o Identifier des locaux de stockage pour les matériels spécifiques de l'unité « grande dépendance ».

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? | C | | | Un règlement de fonctionnement existe. Indication mise à jour Janvier 2021. Est l'annexe 1 du livret d'accueil. Conforme au CASF | art. R311-33 à R311-37 |
| Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ? | O | NC | | Projet d'établissement 2015-2019 a été remis à la mission. Une révision a été enclenchée en 2017 mais n'a pas abouti. La directive indique que des groupes de travail doivent redémarrer. | 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 ? La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ? | O/C | | | Un organigramme existe, il a été remis à la mission. Un trombinoscope avec noms et postes occupés se trouve affiché à l'accueil. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | |

Récapitulatif des propositions :

- Prescription :
 - o Finaliser l'actualisation du projet d'établissement.

III. 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 | 0 / NC | N / EIR | Commentaires | Réf. |
|--|--------|---------|--|------|
| 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 ? | 0 | | Les AS et ASH disposent d'un tableau qui répartit la prise en charge des résidents pour chaque étage. Cette répartition est adaptée en fonction du nombre de personnels présents. Il existe un cahier avec les préférences alimentaires des usagers à disposition des professionnels qui servent le petit déjeuner en chambre mais la salariée interrogée sur les indications notées dans celui-ci n'a pas su nous donner la signification du régime « H/P », qu'elle a traduit par « sans sel » et non par hyper protéiné. | |
| L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ? Si un animalier est recruté, est-il formé/diplômé ? | | R | Le programme d'animation est affiché à l'accueil, mais il semble pauvre. Le lundi, en l'absence de l'animateuse et de la psychologue, l'animation récurrente « crêpes » est assurée par les AS. | |
| Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ? | | R | Des espaces balnéothérapie, Snoezelen et détente sont disponibles. Une psychomotricienne vient le jeudi après-midi et peut prendre en charge jusqu'à 3 résidents, ce qui semble faible. | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Accompagner les professionnels afin qu'ils s'approprient les outils mis en place ;
 - o Intégrer dans le programme d'animation l'utilisation des espaces dédiés (balnéothérapie, Snoezelen, ...) et les animations confiées aux aides-soignants.
- Prescription :
 - o Mettre en œuvre un projet d'animation et l'intégrer au projet d'établissement.

B) Le respect des droits des personnes accueillies

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O / C | N/ NC | E/R | 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 ? Y a-t-il une réévaluation des besoins ? par qui est-elle réalisée ? Qui fait les commandes ? sur quelle période ? | 0 | | | <p>Les protections sont en nombre important, tant sur les chariots que dans les zones de stockage. L'IDEC a affirmé dépasser son budget en matière de commande, sans avoir aucune remarque de la part de sa hiérarchie.</p> <p>Lors de la visite, des stocks de protections étaient bien présents et entreposés en nombre à différents endroits, cependant ce constat ne se traduit pas dans l'analyse des bilans quantitatifs trimestriels remis pour 2019/2020 et 2021 qui font état d'une moyenne de 2,7 protections par résident/jour.</p> | |
| Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | 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 ? | | | R | Un étage dédié à une unité protégé, permet aux personnes de déambuler. (Etage confiné le jour de la visite compte tenu de la contamination au covid de 5 résidents). Les espaces communs et les couloirs sont très impersonnels. | |
| L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ? Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vêtement, odeurs, ...) | 0 | | | <p>Les chambres sont individuelles, avec salle de douche et sanitaires. Aucune chambre de couple mais 2 chambres sont communicantes sur le bâtiment.</p> <p>Lors de la visite, l'équipe n'a pas constaté d'odeur désagréable persistante. 2 chambres étaient malodorantes, mais les personnes qui en sont sorties accompagnées d'une AS étaient propres et sentaient bon. L'AS a indiqué à la résidente, après l'avoir installée pour le petit déjeuner, qu'elle allait s'occuper maintenant de sa chambre.</p> <p>Les locaux sont récents.</p> <p>Le ménage des parties communes et de la salle d'activité dans laquelle l'équipe a été installée étaient poussiéreux, et les sols tachés de boue.</p> | |
| | | | E | | |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | 0 / C | N/ NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|---|-------------|----------|-----|--|------|
| L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ? | 0 | R | | Le sol du vestiaire à destination du personnel féminin est sale, les 2 douches sont encombrées et ne permettent pas d'être utilisées. Une partie des casiers qui disposent de système de fermeture à code est ouverte avec des affaires personnelles à l'intérieur. Des vêtements, chaussures, parapluie se trouvent un peu partout sur le sol et accrochés à l'extérieur des casiers. | |
| Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ? | 0 | | | La salle Snoezelen a été installée dans l'unité protégée et de fait n'est plus très utilisée par les résidents des autres étages | |
| 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 ? | 0 | | | les chambres sont personnalisées. Le nom des résidents est inscrit à l'extérieur de la chambre. L'entrée sur le bâtiment est sécurisée. | |
| Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel/malade en état de fonctionnement, et adapté à la population accueillie ? | 0 | | | Les portes des espaces de soins et de stockage, ainsi que celles menant aux escaliers sont sécurisées par un code sur la poignée. Le dispositif a été testé, il est fonctionnel. | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Approfondir le ménage des parties communes et des vestiaires du personnel ;
 - o Décorer les espaces collectifs de manière à les rendre plus attractifs.
- Prescription :
 - o Organiser des espaces de repos pour les salariés, et y afficher les informations prévues réglementairement à leur intention.

D) La restauration

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | 0 / C | N/ NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|-------------|----------|-----|--|------|
| La prestation de restauration est-elle interne ou externalisée ? | C | | | La prestation restauration est interne. | |
| Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ? | C | | | Le personnel est formé HACCP. | |
| La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ? | C | | | La cuisine est propre. 2 personnes dans la cuisine ne portent pas de surchaussures ni de gants. | |
| Le personnel est-il équipé de gants, charolottes, surchaussures ? | NC | | | En revanche, la mission a été équipée de charlotte blouse et surchaussures pour la visite de la cuisine. | |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | O / C | N/ NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|-------------|----------|-----|--|------|
| Les horaires des repas sont-ils respectés ? La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ? | C | O | R | <p>Les relevés de température sont affichés sur les frigos. Il y a un vestiaire du personnel dédié à l'entrée.</p> <p>L'heure du déjeuner est respecté lors du contrôle.</p> <p>La quantité des repas ne semble pas poser de difficulté aux résidents interrogés. En revanche, le plat servi et photographié lors du déjeuner du 14/02/2022 ne semble pas respecter une quantité suffisante selon l'appréciation de l'équipe. La qualité est jugée plus ou moins bonne selon les résidents et selon les jours, avec un avis global restant plutôt satisfaisant (« c'est bien », « je ne me plains pas », « c'est trop salé, surtout le repas chinois », « la soupe est bonne », « ça dépend des jours »...)</p> <p>Selon le recueil alimentaire remis par le chef de cuisine et mis à jour au 11/02/2022, 43 résidents sont indiqués en régime hyper-protéiné sur 78, soit 55% des résidents. Cet apport hyper-protéiné n'est pas réalisé par le choix d'aliments plus riches mais par l'apport de compléments alimentaires.</p> | |
| Existe-t-il une commission des menus, qui participe ? | C | R | R | <p>Il existe une commission restauration animée par le chef de cuisine. Tout résident qui le souhaite peut y participer.</p> <p>Les menus étant déciés en amont par le siège, le choix laissé aux bénéficiaires semble restreint quant aux modifications possibles de ceux-ci. Le CR de commission ne précise pas les actions envisagées pour prendre en compte les remarques des résidents.</p> | |
| 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...) ? | C | R | R | <p>Salle correctement aménagée et adaptée au nombre de résidents. Ambiance agréable. Horaire et durée du repas correct. Les tables sont nappées, la vaisselle est homogène, il y a des verres à pied. 54 personnes présentes dans la grande salle à manger +4 dans un petit salon à part pour les plus dépendants) +14 en unité protégée. Il y a 4 aidants dans la grande salle + 1 avec les plus dépendants. Il a été indiqué aux membres de la mission que l'équipe présente le jour de la visite avait été renforcée en prévision d'un éventuel contrôle, qu'il y avait davantage de personnel que d'habitude. Selon ces dires, seulement 2 AES se répartissent sur les 2 salles en temps normal en se faisant aider lorsque cela est possible. La mission n'a pas été en capacité de vérifier ces propos le temps de l'inspection. Les résidents se plaignent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la température à laquelle les plats sont servis, notamment les entrées (propos recueillis sur place et déjà consigné dans le CR de la commission restauration de décembre 2021), - d'un manque de saveur, et d'une baisse de la qualité des repas servis depuis 3 ans. | |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | 0 / NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|--------|-----|---|------|
| Les résidents ont-ils un menu de substitution ? Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ? | C | | <p>Le midi, le service est jugé trop long entre l'entrée et le plat (avis des résidents et l'équipe a pu constater un temps d'attente sur place).</p> <p>Le soir, le service est jugé trop rapide par les résidents.</p> | |
| | C | | <p>Oui il existe un menu de substitution.</p> <p>Les régimes, textures et allergies sont notées dans les consignes de repas détenues par le personnel de cuisine. Les régimes doivent faire l'objet d'une prescription médicale (hypercalorique, hyper protéiné, diabétique, sans gluten)</p> <p>Le 14/02/2022 les personnes qui ne souhaitent pas manger la viande servie, ont une portion complémentaire d'un autre légume.</p> | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Revoir l'organisation de la commission restauration pour s'assurer de la prise en compte des remarques des résidents ;
 - o Etablir des compte-rendus des commissions de restauration indiquant les modifications apportées.

E) Le traitement du linge

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | 0 / NC | E/R | Commentaires | Réf. |
|--|--------|-----|--|------|
| Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ? | O | | <p>L'établissement fournit le linge de literie : draps, taies, serviettes de toilette son renouvellement et son entretien sont gérés par le prestataire extérieur Ellis.</p> <p>Les nappes, serviettes de table, matériel lavable d'entretien ménager et les blouses du personnel sont lavés en interne.</p> <p>Le contrat de séjour ne précise pas les conditions d'entretien du linge (en interne ou externe). Il y est fait mention que les sous-vêtements des résidents sont entretenus par l'établissement. Aucune mention ne précise ce qu'il en est de l'entretien des vêtements.</p> <p>En revanche, dans le livret d'accueil du résident, il est indiqué la possibilité d'entretenir soi-même ses vêtements ou de faire la demande auprès du prestataire externe.</p> | |
| Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ? | N | | <p>Des plaintes ont été déposées concernant la perte de vêtements. Le traitement de ces plaintes n'aboutit pas toujours à une résolution.</p> <p>Les plaintes ne font pas l'objet d'une déclaration d'EIG systématique.</p> | |

20/33

| Points abordés et constatés lors de l'inspection | Commentaires | | | Réf. |
|--|--------------|----------|-----|--|
| | O | N/ NC | E/R | |
| 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 | | | Le forfait d'entretien du linge personnel est proposé pour |
| | | | | |

IV. 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 | Ref. |
|---|---------|----------|---------|---|---|
| -Le jour ⁷ , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrulement, diplôme, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégation(s)/documenté(e)s de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. Entretien avec l'équipe de direction | O | | | 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 ? -Recrulement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ? -Recrulement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ? Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | D. 312-155-0 II/11 du CASF D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF |
| -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) ? Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ⁸ et dossier RH type, remise de documents : RF... | R | | | Selon certains salariés, les effectifs ne sont pas toujours conformes aux plannings théoriques, en raison des absences non remplacées. Il en résulte un manque de temps pour assurer les tâches pourtant nécessaires (simulation). La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | |
| | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | |

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

⁸ 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. |
|--|---------|----------|---------|---|------|
| -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 affestiations de formation dans les dossiers salariés</i> Mode de traceabilité et de gestion des manquements professionnels ? | | R | | Un dossier de salarié consulté a mis en évidence que des formations à la bientraitance ont été organisées en 2017 et 2018, sous la forme de 3 fois 1 journée). Pourtant d'autres salariés indiquent ne pas en avoir bénéficié.. | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o Mettre en place une analyse des pratiques.
- Prescription :
 - o Mettre en place un plan de formation à la bientraitance pour tous les salariés.

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) ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. | |
| 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'encaissement 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 ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | |
| <i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i> | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | |
| 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 | |
| Repartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | |

| 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 ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | L.311-3 et L.312-1, II, 4ème alinéa, CASF et HAS ⁹ |
| Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | L. 311-3, CASF (sécurité des personnes) |
| Des fiches de tâches heures pour les personnels de jour de nuit ? | | | | | |
| Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | |
| Entreliens avec le directeur/le DRH | | | | | |

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 ? | N | R | | Plusieurs salariés se sont plaints d'un défaut de prise en compte par la direction des besoins de remplacement. | |
| Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ? | | | | La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments | |
| 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) ? | | | | | |

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Objectiver le risque psycho-social dont les équipes font part en lien avec un sentiment d'épuisement et une perte de confiance dans la direction ;
 - o Mettre en place un plan d'actions sur la prévention de l'absentéisme.

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 « John Lennon », géré par le groupe ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 14 février 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 :

- 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 :

Recommandations :

- o Tenir à jour le registre des entrées et des sorties ;
- o Mettre en place une commission d'admission associant les professionnels de santé, la famille et/ou le résident ;
- o Rédiger et signer un projet de vie personnalisé pour chaque résident ;
- o Mettre à jour le registre de traitement et le suivi des événements indésirables et réclamations ;
- o Formaliser par écrit les réponses aux réclamations et signalements ;
- o Mettre en place une politique de promotion de la bientraitance encadrée par la psychologue ;
- o Afficher les résultats de la dernière enquête de satisfaction ;
- o Afficher l'organigramme (le trombinoscope est insuffisant en ce sens qu'il ne précise pas les liens hiérarchiques).

Prescriptions :

- o Planifier les 3 CVS prévus réglementairement chaque année ;
- o Mettre en place une procédure de recueil et de suivi des plaintes, et un outil permettant de tracer les suites donnée ;
- o Formaliser la procédure de déclaration des EIG et tracer les suites données.

- De gouvernance :

Recommandation :

- o Identifier des locaux de stockage pour les matériels spécifiques de l'unité « grande dépendance ».

Prescription :

- o Finaliser l'actualisation du projet d'établissement.

- De prise en charge des usagers :

Recommandations :

- o Accompagner les professionnels afin qu'ils s'approprient les outils mis en place ;
- o Intégrer dans le programme d'animation l'utilisation des espaces dédiés (balnéothérapie, Snoezelen, ...) et les animations confiées aux aides-soignants ;
- o Approfondir le ménage des parties communes et des vestiaires du personnel ;
- o Décorer les espaces collectifs de manière à les rendre plus attractifs ;
- o Revoir l'organisation de la commission restauration pour s'assurer de la prise en compte des remarques des résidents ;
- o Etablir des compte-rendus des commissions restauration indiquant les modifications apportées ;

Prescriptions :

- Mettre en œuvre un projet d'animation et l'intégrer au projet d'établissement ;
 - Organiser des espaces de repos pour les salariés, et y afficher les informations prévues réglementairement.
- 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 :

Recommandations :

- Mettre en place une analyse des pratiques ;
- Objectiver le risque psycho-social dont les équipes font part en lien avec un sentiment d'épuisement et une perte de confiance dans la direction ;
- Mettre en place un plan d'actions sur la prévention de l'absentéisme.

Prescription :

- Mettre en place un plan de formation à la bientraitance pour tous les salariés.

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

Fait à Cergy-Pontoise, le 24/02/2022



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 : 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 - Révélations sur le système qui maltraite nos ainés* » 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 John Lennon, situé à Montigny les Cormeilles (FINESS n° 950780312) qui a été inscrit à ce programme (voir annexe 1).

Cette inspection prendra en compte l'axe suivant :

- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance.

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

- qui sera accompagné par désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP.

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.

- 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'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.

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

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

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



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 JOHN LENNON »
3 rue John Lennon
95370 MONTIGNY LES CORMEILLES

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,

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

| DOCUMENTS | VERSION DEMATERIALISEE SOLICITEE ET TRANSMISE |
|---|---|
| Sur l'organisation : | |
| ▪ Projet d'établissement | X |
| ▪ Règlement de fonctionnement (ou pièces équivalentes) | X |
| ▪ Dossier administratif du directeur et notamment : | X |
| - 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 | |
| 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) | |
| ▪ 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 | OUI | OUI |
| C | Registre de recueil des évènements 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 | OUI | OUI |
| I | Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins | NON | NON |
| J | Dossiers médicaux et de soins et dossiers de liaison d'urgence des résidents | NON | NON |

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)

- Le directeur de l'EHPAD
- Le cuisinier
- L'IDEC
- 1 IDE
- Plusieurs AS
- 1 AES
- Plusieurs ASH