

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « QUAI DES BRUMES » (EHPAD)
44 rue du Maréchal Foch 95620 PARMAIN
N° FINESS 95 078 3423**

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0103
Déplacement sur site le 15/ 02 /2022

Mission conduite par l'ARS par :

-

Accompagné par

-

Mission conduite par les représentants des services du Département du Val-d'Oise
suivants :

-

-

De la Direction de l'Offre Médico-Sociale du Conseil départemental du Val d'Oise.

Textes de référence

- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	4
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 événements indésirables.....	12
E) Les affichages.....	14
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) Qualité et gestion des risques.....	17
D) L'architecture et l'aménagement des espaces	19
E) La restauration	20
F) Le traitement du linge	21
CONCLUSION	23
GLOSSAIRE	25
ANNEXES.....	26
Annexe 1 : Lettre de mission.....	26
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis	29
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	31

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par la Présidente du Conseil départemental du Val d'Oise au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débutera le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme, recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et doléances et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et de la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents au plan de la dépendance ;
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents ;
- La qualité des prestations hôtelières.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection s'est déroulée sur une demi-journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée 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 qui sont encore en cours d'analyse.

La mission d'inspection a rencontré la gouvernante, la lingère et des résidents et mené des entretiens avec la Directrice et la cuisinière.

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 Délégation départementale du Val d'Oise de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil départemental du Val d'Oise ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Quai des Brumes » situé à PARMAIN (95620), qui appartient au groupe ORPEA.

La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

Aussi, la 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 sur le plan de la dépendance ainsi que sur la qualité des prestations hôtelières. Le périmètre de l'inspection ne comprend pas l'investigation du champ « ressources humaines » ni du champ « médical » (locaux compris) en l'absence de personnel médical dans l'équipe d'inspection.

B) Modalités de mise en œuvre

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 15 février 2022 à partir de 8 h 30 par :

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD « Le Quai des Brumes ». Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la gouvernante, la lingère et des résidents et mené des entretiens avec la Directrice et la cuisinière. A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice².

C) Présentation de l'établissement

Situé au 44 rue du Maréchal Foch 95620 PARMAIN, l'EHPAD Résidence Quai des Brumes est géré par le groupe privé ORPEA situé 12 rue Jean Jaurès 92 800 PUTEAUX.

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

Ouvert en 1981 puis en 2014 dans de nouveaux locaux, l'EHPAD Quai des Brumes dispose de 81 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour. Il est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer et dispose d'une unité de vie protégée (UVP) de 15 places ainsi que d'une unité « Grands dépendants » de 14 places.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. 8 places leur sont dédiées, 7 sont accueillis le jour de la visite.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 79 résidents. Soit un taux de présence de 97 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 797 et le PMP à 237.

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.

Son budget de fonctionnement 2021 est de _____ au titre du soin et de _____
au titre de la dépendance.

CONSTATS

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

Consignes de lecture :

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

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

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

Références réglementaires et autres références

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code de la Santé Publique

Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

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	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O		R	Un registre des entrées et des sorties des résidents est tenu par l'établissement. Ce registre mentionne la présence de 78 résidents. Or, le tableau des résidents transmis par l'établissement mentionne 81 résidents présents moins une sortie et un décès, soit 79 résidents présents. Il y a discordance entre le nombre de résidents inscrits au registre et celui figurant dans la liste des résidents présents. L'établissement doit veiller à tenir ce registre à jour.	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 ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O		R	Au jour de la visite, 79 résidents étaient présents dans l'établissement : 15 en USA, 14 en Unité Grande Dépendance, 50 en unité classique. L'établissement a présenté à l'équipe d'inspection la liste des résidents présents au jour de la visite. Lors du contrôle de cette liste, il a été constaté un écart de deux résidents (l'un décédé deux jours avant, l'autre sorti). L'établissement doit veiller à mettre à jour la liste des résidents présents. Le taux de présence des personnes accueillies était de 97%. Cette information n'a pas pu être recueillie par la mission.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ? 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 ?		N		L'établissement dispose de 8 places habilitées à l'aide sociale, dont 7 étaient occupées le jour J. La procédure d'admission est la même que pour les résidents payants.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Veiller à tenir le registre des entrées et des sorties des personnes accueillies à jour ;
 - o Veiller à mettre à jour la liste des résidents présents.

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	O		R	La procédure est formalisée. Le recueil du consentement de la personne n'est pas formalisé dans le contrat de séjour. L'admission du résident est réalisée par la directrice, notamment pour le volet administratif (signature du contrat de séjour, du dépôt de garantie/caution solidaire). Le résident est ensuite accueilli en chambre par le Medec et l'IDEC. Les éléments suivants sont annexés au contrat de séjour : - Livret d'accueil (remis au résident à son arrivée en chambre) ; - Autorisation de droit à l'image ; - Directives anticipées. La fiche des habitudes de vie ne figure pas dans le dossier d'admission. Elle est inscrite dans le logiciel Neilsos. Une annexe au contrat de séjour permet de formaliser le recueil la recherche et le recueil du consentement de la personne concernant le partage entre professionnels des informations médicales la concernant. Il existe également des annexes sur le consentement à l'élaboration d'un DMP et à la mise en œuvre d'actes de télémédecine.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement sont-ils remis et explicités aux usagers ? Les annexes au livret d'accueil sont elles présentes ? désignation de la Personne de Confiance, rédaction de directives anticipées, Charte des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir, Cf. Dossiers des résidents	O		R	Concernant les directives anticipées, celles-ci ne sont pas proposées à la personne lors de son admission, mais a posteriori par le médecin coordonnateur. Elles ne figurent pas dans le contrat de séjour mais dans son dossier médical, elles sont informatisées sous le logiciel Neilsos. Les PPV sont présentés aux familles et aux résidents. Cependant, la famille ne participe pas à son élaboration. Sont nommés pour chaque résident 1 référent « soins » et 1 référent « thérapeute ». L'établissement doit veiller à rechercher l'implication et la participation de la famille du résident, avec son consentement, à l'élaboration du PPV.	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SDS n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 ³
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs,...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? Ce projet est-il évalué périodiquement ?			E		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 ⁴

³ HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

⁴ 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.
Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes alitées de préférence ou déambulantes.				Sur les 79 résidents présents, seuls 41 disposent d'un PPV soit 52% (50% en UGD, 67% en USA, 48% en unité classique). Les PP sont réévalués une fois par an pour ceux résidant en unité classique et tous les 6 mois pour ceux résidant en USA. L'établissement doit améliorer le taux de PPV réalisés. Les PPV sont supervisés par le médecin coordonnateur. Le PPV est élaboré par le médecin coordonnateur, l'IDEC, la psychomotricienne, l'ergothérapeute avec le résident et présenté aux familles.	
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?	O			Les familles sont impliquées dans la vie de l'établissement via leur participation au CVS.	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?		N		La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o L'établissement doit veiller à rechercher l'implication et la participation de la famille du résident, avec son consentement, à l'élaboration du PPV,
 - o L'établissement doit améliorer le taux de PPV réalisés.

C) La communication avec les familles et le CVS

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / 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 (« référent »)	O			Un cahier de suggestions est disponible à l'accueil. Une réponse écrite est apportée à toutes les demandes. Si l'état de santé du résident évolue, l'IDEC ou le médecin coordonnateur contacte la famille a minima par téléphone. Une rencontre peut être proposée.	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).	O		E	Un CVS est constitué, les PV des 2 dernières réunions (30/06/21 et 10/12/21) ont été transmis à la mission. Le PV de la réunion de décembre était affiché au sein de l'établissement, ce PV mentionne une carence pour le collège des salariés. Le CVS ne semble pas avoir de Président élu, c'est la direction qui signe le PV.	D. 311-4 à 20

11/31

Récapitulatif des propositions :

- Prescriptions :
 - o Pourvoir les postes vacants au sein du CVS (Président et représentant du personnel).
 - o Faire élaborer l'ordre du jour des CVS par le Président qui doit également être signataire du procès-verbal dès lors que ce dernier aura été nommé.

D) La gestion des réclamations et des événements indésirables

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à l'ier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?		N	R	<p>L'établissement ne s'est pas intégré de manière formalisée dans une démarche de lutte contre la maltraitance et de promotion de la Bienveillance.</p> <p>Il existe un référent qualité au sein de l'établissement qui est, en l'absence de psychologue, l'adjointe de direction.</p> <p>La psychologue avait mis en place des groupes de parole avec les salariés pour analyser des situations en équipe et tenait à cet effet un « registre Bienveillance », cependant ce registre n'est plus utilisé depuis 2019, la nouvelle référente bienveillance ayant des fonctions incompatibles avec l'animation de ces groupes.</p> <p>Une mini-formation sur le thème de la Bienveillance a été dispensée par la directrice d'astreinte en 2021 suite à un EIG mais n'a pas donné suite à une auto-évaluation globale.</p> <p>Le bilan de formation 2021 et le plan de formation 2022 mentionnent 2 formations sur la bienveillance pour les nouveaux salariés.</p>	<p>Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS⁵</p>
Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O			Il existe un coffre-fort afin de protéger les biens précieux des résidents qui se trouve dans le bureau de la directrice. Un classeur avec les listes desdits objets est tenu.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS

⁵ 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 une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? Quid des signalements (documenter) ?	O			Il existe une procédure Orpea. Chacune des réclamations et des réponses apportées sont consignées dans le dossier du résident concerné.	
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)	O			Le cahier de suggestion disponible à l'accueil contenait une réponse pour chacune des remarques écrites. La dernière datait du 18/01/22 (réponse le 19/01/22)	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		NC		Les EI sont consignés dans un classeur alimenté par la directrice. Cependant, tous ne sont pas classés. Lors de la visite de la mission, un événement de gastro-entérite aigue au sein de l'établissement était en cours. Cet EI n'était pas encore signalé aux autorités et aucun document relatif à cet EI n'était présent dans le classeur de suivi. De même les faits de maltraitance signalés aux autorités ne figurent pas dans le classeur. Le mode d'emploi est présenté en avant-garde du classeur. L'établissement est enjoint de tenir à jour le classeur et d'y intégrer l'ensemble des EI.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?		NC		L'établissement a signalé en juin 2021 le comportement inapproprié d'une AS vacataire à l'ARS et au Département. Ce signalement a été suivi des mesures suivantes : soutien psychologique proposé aux résidents, non renouvellement du contrat de l'AS vacataire, mini-formation en interne dispensée aux équipes par la directrice d'astreinte. Cet EI ne figure pas dans le classeur des EI.	Article 434-3 du Code Pénal
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...)?		NC		En 2020 et en 2021, aucune formation bientraitance ou de lutte contre la maltraitance n'a été réalisée, bien que figurant au plan de formation. Une formation « référent bientraitance » et une formation « prévention maltraitance » figurent au plan de formation 2022. Lors des faits de maltraitance, une formation « bientraitance » a été prodiguée aux personnels par la directrice d'astreinte (d'une autre résidence Orpea). Cependant les personnels n'ont pas bénéficié de soutien psychologique. Les 3 résidents concernés par la salariée ayant été accusée de faits de maltraitements ont été suivis par la psychologue. Par ailleurs, le manque de traçabilité des EIG et l'absence d'affichage du numéro 3977, associés à la vacance de poste de psychologue et la nomination de l'adjointe de direction comme référente laissent paraître un manque d'investissement de l'établissement sur cette thématique. L'établissement est tenu d'organiser des formations bientraitance/ prévention de la maltraitance et de former un référent bientraitance.	

Récapitulatif des propositions :

- Prescriptions :
 - o Pourvoir le poste de psychologue
 - o L'établissement est tenu de tenir à jour le classeur d'EI et d'y intégrer l'ensemble des EI ;
 - o L'établissement est tenu d'organiser des formations bientraitance/ prévention de la maltraitance et l'intégrer au PAQ et de former un référent bientraitance.

E) Les affichages

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <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	O			Un trombinoscope, à jour, est également affiché à l'accueil. Seules les personnes en contrats professionnels n'y figurent pas. La liste des personnes qualifiées est régulièrement affichée. Cependant, le n°3977 n'est pas affiché au sein de l'établissement.	

Récapitulatif des propositions :

- Prescription :
 - o L'établissement est tenu d'afficher le n°3977 ;

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 /	N /	E/R	Commentaires	Ref.
1. La conformité aux conditions de l'autorisation					
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	O				

B) Le management et la stratégie

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O /	N /	E/R	Commentaires	Ref.
Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF ?	O				art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?	O			Le projet d'établissement avait été réalisé pour la période 2017-2022. Il existe un suivi de la réalisation du projet au travers du PAQ (informatisé).	art. L.311-8 et D311-38)
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	O			L'organigramme a été transmis à la mission.	
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	O			En son absence, une assemblée est organisée avec 3 autres directrices d'exploitation d'EHPAD du Groupe ORPEA à proximité. L'adjointe de direction a un lien fonctionnel avec les autres salariés (vu dans fiche métier et organigramme)	

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	O / C	N / NC	E/R	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 ?	O			Une réunion pluridisciplinaire a lieu une 1 fois par semaine. Les transmissions entre équipes IDE et AS sont réalisées quotidiennement 1 fois par jour en fin de matinée (nouvelle organisation mise en place par l'IDEC arrivée il y a 6 semaines). Les transmissions entre les équipes de jour et de nuit sont réalisées 2 fois par jour à 7h30 et à 19h30.	
L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ? Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ?	O		R	L'établissement dispose d'1 ETP d'animateur, sa remplaçante, nouvellement diplômée doit arriver la semaine suivant le contrôle (le 21/02/22). Les activités sont donc actuellement organisées par les AS, l'établissement fait également appel à des prestataires extérieurs (tous les mercredis). Le programme du mois de février transmis montre un manque de variété dans les animations proposées.	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	O			Un espace snoezelen est installé au RDC, avec un accès direct à l'U.P. La psychomotricienne et une AS sont garantes de son utilisation. Une traçabilité des séances est notifiée sous dans le dossier individuel des résidents qui en bénéficient. Les salariés peuvent également prendre leur temps de pause dans l'espace snoezelen. Ceux-ci bénéficient également de prestations de massage une fois par mois.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o Mettre en place un programme d'animation variées et adaptées au public accueilli.

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 ?		N	R	Les stocks sur les chariots en étage et dans le local de stockage au sous-sol semblent insuffisants, notamment au regard de l'épidémie de gastro en cours (13 cas) le jour J. Le réassort des chariots est réalisé 3 fois par semaine par les équipes de nuit. Le stock est géré par l'IDEC qui commande 1 fois par mois. En 2019, on note une moyenne de 1.1 change par jour et par résident incontinent. En 2020, 1.38 changes par jour. En 2021, 1.33 changes par jour. La gestion des protections selon les besoins des résidents est suivie à l'aide de 2 outils : le logiciel du fournisseur Hartmann et un outil excel construit par l'établissement. L'évaluation des besoins se fait régulièrement par l'IDEC avec les AS et grâce au logiciel Hartmann qui détermine le besoin en nombre et en type de protection par résident.	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	O			Les résidents de l'UP sont contraints de rester dans cette aile dédiée fermée.	article L311-3, 1° CASF

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o S'assurer que le plan de soin et la gestion des incontinences de chaque résident permettent de respecter leur dignité et leur intégrité.

C) Qualité et gestion des risques

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?	O			Il existe un référent qualité au Siège du Groupe ORPEA qui soutient les établissements dans la mise en œuvre de leur PAQ. Au niveau local, le pilote de la démarche qualité est la directrice d'exploitation.	L312-8, D312-203, D312-205 CASF
Existence d'une démarche d'évaluation interne					

17/31

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Existence d'une démarche d'évaluation externe	O		R	La dernière évaluation externe a eu lieu en novembre 2014.	D312-205
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations ou un logiciel/outil de suivi de la démarche qualité	O			L'établissement dispose d'un logiciel de suivi du PAQ qui contient l'ensemble des plans d'actions à décliner, émanant des résultats des évaluations, des objectifs CPM, de l'enquête de satisfaction, et des réclamations. Pour chacun de ces plans d'actions, il existe un échéancier avec nomination d'un pilote. La référente qualité du Groupe ORPEA a accès aux données de ce logiciel pour un étayage.	
Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?	O		R	Chaque des réclamations et des réponses apportées sont consignées dans le dossier du résident concerné. L'établissement fait parvenir en fin d'année (Novembre) un questionnaire de satisfaction à destination des familles et des résidents. Le dernier a été transmis en novembre 2021. Les résultats ne sont pas encore disponibles. L'établissement a fait parvenir à l'équipe d'inspection les résultats 2019 et 2020. Le taux de réponse est cependant faible : 28 en 2019 et en 2020. Sur cet échantillon, peu de résidents répondent aux questionnaires (17% en 2019, 7,1% en 2020). L'enquête de satisfaction 2020 n'est pas affichée dans l'établissement. L'établissement doit veiller à afficher le dernier bilan de l'enquête de satisfaction au sein de l'établissement.	
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?	O			Le plan d'action est décliné dans le logiciel de suivi du PAQ.	
Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?		N	R	L'établissement ne propose pas de groupe d'analyse des pratiques à ses salariés. En termes de contrôle, la directrice réalise des visites inopinées la nuit. Celles-ci sont programmées à l'avance pour l'année et sont réalisées 1 fois par trimestre. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
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 pris connaissance de ces éléments.	
Le médecin coordonnateur et, s'il est en fonction, l'infirmier référent, participent-ils à ces réunions				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des EI qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?		N		La lecture des PV des 2 dernières réunions (juin et décembre 2021) ne montre pas d'échanges autour des EI survenus.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Enregistrement systématique des chutes comme EI		N		0 chute recensée en 2021 en tant qu'EI.	
Les incidents et accidents dont-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?		N	E		Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés.
 - o L'établissement doit veiller à afficher le dernier bilan de l'enquête de satisfaction au sein de l'établissement ;

D) L'architecture et l'aménagement des espaces

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N / I / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	O			Des travaux d'amélioration ont été engagés ou sont prévus par la direction, montrant une bonne préoccupation de l'environnement de vie des résidents. Les espaces visités étaient globalement agréables.	
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	O		R	Le respect de l'intimité est apparu difficile à garantir lors des soins du matin. En effet, la visite le jour J a montré que les portes étaient laissées pour beaucoup d'entre elles grandes ouvertes, laissant voir les résidents dans leurs chambres (par exemple : personnes vues en sous-vêtements, non habillées)	
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs, ...)		N	R	Concernant l'entretien des locaux, des odeurs ont été constatées dans certains couloirs, un sol collant dans les locaux de l'UP. 3 plats du diner de la veille ont été laissés sur le comptoir du restaurant, les tables et le sol de la salle de restaurant étaient sales.	
L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ?	O				
Sont-ils utilisés ?					
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	O			Peites décorations et petits mobiliers. Certains résidents investissent plus leur chambre. Le nom du résident figure sur chacune des portes des chambres.	

19/31

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ?	O			<p>Les portes sont sécurisées à l'aide de codes.</p> <p>Le jour J, des travaux étaient réalisés sur le mur d'enceinte, empêchant l'accès par la porte d'entrée principale.</p> <p>Une vidéo-surveillance est installée aux portes d'accès.</p> <p>Il n'existe pas de système anti-fugue, les portes d'accès sont fermées à 18h. Les résidents identifiés comme potentiellement à risque de fugue sont tous au sein de l'UP, dont l'accès est sécurisé par un code.</p>	
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel-malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	O			<p>Un test a été réalisé à 8h56 en unité classique en chambre 218 (2^{ème} étage). Le délai de réponse de l'AS a été de moins d'une minute.</p> <p>Un second test a été réalisé 15min plus tard en chambre 106 (1^{er} étage) en UGD, le délai de réponse a été également très court (1 minute).</p>	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Garantir le respect de l'intimité des résidents
 - o Assurer l'entretien des locaux.

E) La restauration

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
La prestation de restauration est-elle interne ou externalisée ?					
Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ?	O			La restauration est interne.	
La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ?	O			Le second état présent le jour J dans l'attente d'une date pour pouvoir renouveler sa formation.	
Le personnel est-il équipé de gants, charlottes, surchaussures ?		NC	R	L'équipement nécessaire a été fourni à la mission pour réaliser une visite de la cuisine.	
Les horaires des repas sont-ils respectés ?				Le jour J, les horaires de repas ne sont pas respectés : un retard au service du midi est constaté, les résidents en chambre n'étaient toujours pas servis à 13 h et le service en salle de restauration au RDC n'a débuté qu'à 12h45/13h.	
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?	O			Les repas sont élaborés par la diététicienne du Groupe ORPEA pour une période de 5 semaines. Les menus sont révisés à chaque saison.	

20/31

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Les quantités constatées le jour J semblaient suffisantes. Les avis recueillis lors d'échanges avec quelques résidents attablés étaient assez mitigés quant au menus du jour (moules/frites).	
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O			Le chef participe à la commission restauration avec les résidents et les familles. Le PV de la dernière commission était affiché à l'accueil (22/10/21).	
Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?	O			Il existe plusieurs espaces de restauration pour les résidents : la salle de restauration principale au RDC « Le Sophora », l'espace dédié dans l'UP au RDC, et le restaurant thérapeutique « Le Taboué » au 1 ^{er} étage pour les résidents de l'UGD. Un salon des invités permet également aux familles de venir manger avec leurs proches dans une petite salle attenante au Sophora. Une attention est portée au dressage de la table (nappes, couverts, verres, cartons nominatifs a Sophora) et à la décoration des espaces. Des textures variées sont proposées aux résidents en fonction de leur bescin (évaluation faite par les médecins traitants et le médecin coordonnateur). Les plans de tables mentionnant les textures sont affichés près des espaces de dressage des assiettes.	
Les résidents ont-ils un menu de substitution ? Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O			Le personnel présent en salle aide les plus dépendants. Les préférences des résidents sont recueillies à leur admission et sont notifiées dans leur dossier individuel.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o Veiller à respecter les horaires de repas.

F) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?	O			Le linge plat et le linge des résidents sont traités à l'extérieur. Le reste est traité par la lingère de l'établissement (1 ETP).	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?		N		Le cahier de suggestion ne fait pas mention récemment de difficultés à ce sujet. Les PV des 2 dernières réunions du CVS non plus.	

21/31

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N /	E/R	Commentaires	Réf.
	/ C	NC			
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 bénéficiaires de l'aide sociale est géré par la lingère.	

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Résidence Quai des Brumes, géré par le groupe privé ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 15/02/2022.

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

- De prise en charge des résidents :

Recommandations :

- o Mettre en place un programme d'animation variées et adaptées au public accueilli ;
- o S'assurer que le plan de soin et la gestion des incontinences de chaque résident permettent de respecter leur dignité et leur intégrité ;
- o Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés ;
- o Veiller à afficher le dernier bilan de l'enquête de satisfaction au sein de l'établissement ;
- o Garantir le respect de l'intimité des résidents ;
- o Assurer l'entretien des locaux ;
- o Veiller à respecter les horaires de repas.

- 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 Veiller à tenir le registre des entrées et des sorties des personnes accueillies à jour ;
- o Veiller à mettre à jour la liste des résidents présents ;
- o Veiller à rechercher l'implication et la participation de la famille du résident, avec son consentement, à l'élaboration du PPV ;
- o Améliorer le taux de PPV réalisés.

Prescriptions :

- o Pourvoir les postes vacants au sein du CVS (Président et représentant du personnel) ;
- o Faire élaborer l'ordre du jour des CVS par le Président qui doit également être signataire du procès-verbal dès lors que ce dernier aura été nommé ;
- o Pourvoir le poste de psychologue ;
- o Tenir à jour le classeur d'EI et d'y intégrer l'ensemble des EI ;
- o Organiser des formations bientraitance/ prévention de la maltraitance et l'intégrer au PAQ et de former un référent bientraitance ;
- o Afficher le n°3977.

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 FEV 2022

Madame, Monsieur,

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.

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

✓ Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD le Quai des Brumes, situé à Parmain (FINESS n° 950783423) 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 :

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'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.

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 « QUAI DES BRUMES »
44 RUE DU MARECHAL FOCH
95620 PARMAIN

Le 15 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 A SOLLICITER	DOCUMENTS RECUS
Sur l'organisation :		
▪ Projet d'établissement	X	X
▪ Règlement de fonctionnement (ou pièces équivalentes)	X	X
▪ Dossier administratif du directeur et notamment :		
- Délégations de pouvoir et de signature (DUD)	X	X
- Fiche de fonction du directeur	X	X
▪ Plannings des mois de janvier 2022 et février 2022	X	X
▪ Tableau des effectifs au jour du contrôle mentionnant les qualités et type de contrats des salariés	X	X
▪ Plan de formation 2021-2022	X	X
▪ Organigramme	X	X
▪ Fiches de postes des personnels	X	X
▪ Liste des résidents à jour (avec mention des absents)	X	X
RAMA		
Sur la prise en charge et les droits des usagers :		
▪ Livret d'accueil	X	X
▪ Plannings des douches du mois de janvier 2022 et février 2022	X	X
▪ Contrat de séjour et annexes	X	X
▪ Conseil de la vie sociale : 2 derniers comptes rendus	X	X
▪ Cahier des doléances (photocopies ou photographies)	X	Vu sur place
▪ Menus de la semaine du jour du contrôle	X	X
▪ Programme des activités des mois de janvier 2022 et février 2022	X	X
▪ Enquête de satisfaction : résultats des 2 dernières enquêtes	X	X
▪ Fiches de stocks (entrées et sorties) des protections	X	X
Sur l'installation :		
▪ Procès-verbal de la dernière visite de la commission de sécurité incendie	X	X
▪ Procès-verbal de la dernière visite des services vétérinaires	X	X

29/31

Documents consultés sur place par la mission

N°	Nature du document demandé	Consultation sur place	Consultés Oui / NON
A	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	OUI	OUI
B	Registre de sécurité	OUI	OUI
C	Registre de recueil des événements indésirables (EI)	OUI	OUI
D	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	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)	NON	NON
H	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	NON	NON
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)

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Fonction</u>	<u>eMail et Téléphone</u>
		Directrice exploitation	
		Second de cuisine	
		Médeco	
		Lingère	
		Gouvernante	

