

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes EHPAD LE CLOS DES LILAS »  
130 BD de la République – 95600 - EAUBONNE  
N° FINESS : 950783514**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2022\_0107  
Déplacement sur site le 14/02/2022**

Mission conduite par

—  
—  
—  
—

Accompagné par

—

Textes de référence

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

## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	7
B) Modalités de mise en œuvre .....	7
C) Présentation de l'établissement .....	7
<b>CONSTATS</b> .....	<b>9</b>
<b>I. 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 BIEN TRAITEMENT (Cotations réalisées par les services du Département)</b> .....	<b>10</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	10
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 .....	13
<b>II. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> 14	
A) La conformité aux conditions de l'autorisation .....	14
B) Le management et la stratégie .....	14
<b>III. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> .....	<b>15</b>
A) L'organisation de la prise en charge .....	15
B) Le respect des droits des personnes accueillies .....	15
C) L'architecture et l'aménagement des espaces .....	16
D) La restauration .....	16
E) Le traitement du linge .....	17
<b>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 de l'ARS et du Département)</b> .....	<b>18</b>
A) L'encadrement des équipes .....	18
B) La situation des effectifs .....	21
C) L'organisation du travail .....	23
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>25</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>27</b>
Annexe 1 : Lettre de mission .....	27

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....	30
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	32

## **SYNTHESE**

### **Eléments déclencheurs de la mission**

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

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.

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

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



## **INTRODUCTION**

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

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

Aussi, la DG ARS et le PCD 95 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 axes de vérification la gestion des ressources humaines, la prise en charge de la dépendance et la qualité des prestations hôtelières.

### **B) Modalités de mise en œuvre**

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

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

—  
—  
—  
—  
—

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup>. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le Clos des lilas. Au cours de cet après-midi de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la directrice, du personnel de l'établissement et des résidents, mené des entretiens avec la direction et d'autres membres du personnel. A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice<sup>2</sup>.

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

Situé au 130 BD de la République – 95600 - Eaubonne, l'EHPAD Le Clos des Lilas est géré par le groupe ORPEA dont le siège social est situé 12 rue Jean Jaurès – 92800 Puteaux.

Ouvert en 2014, l'EHPAD Le Clos des lilas dispose de 81 places en hébergement permanent, de 3 places d'hébergement temporaire et de 12 places de PASA. Il ne comprend pas de places en accueil de jour. Il est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

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

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

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale (8 places).  
L'établissement dispose d'une UVP de 14 lits et d'une unité Grands dépendants de 14 lits.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 79 résidents. Soit un taux de présence de 97.53%.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 720 et le PMP à 218.

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 en dessous pour le GMP et au légèrement au-dessus pour le PMP des chiffres médians régionaux susmentionnés.

La répartition des résidents ayant servi de base à la validation du GMP est la suivante :

Dépendance	Nb.résidents
Gir 1	11
Gir 2	32
Gir 3	14
Gir 4	15
Gir 5	2
Gir 6	1
<b>Total</b>	<b>75</b>

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

L'établissement participe à l'expérimentation menée par l'ARS sur les IDE de nuit. A ce titre, une IDE se rend dans l'EHPAD 2 fois par nuit.



## **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 BIEN TRAITANCE (Cotations réalisées par les services du Département)**

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / I / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	C		R	Les mouvements des résidents sont suivis dans le logiciel de gestion des admissions. Nous n'avons pas visualisé les données dans le logiciel, une édition de l'état des résidents présents le jour de la visite nous a été communiquée.	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?				79	
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?				Oui 97,53%	
Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?					
L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ?	O				
Combien à ce jour ?				9	
Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ?	O				

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / I / 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 n'a pas été consultée sur place.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?	C				L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Lors de l'admission, le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement sont-ils remis et explicités aux usagers ? Les annexes au livret d'accueil sont elles présentes ? désignation de la Personne de Confiance, rédaction de directives anticipées, Charte des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des Personnes Qualifiées ? Cf. <i>Dossiers des résidents</i>	O / C		La liste des personnes qualifiées est à la disposition des résidents à l'accueil	L. 1111-6 CSP Cirulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 <sup>3</sup>
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs,...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? Ce projet est-il évalué périodiquement ? <i>Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes alitées de préférence ou déambulantes.</i>	O / C	R	Aucun dossier examiné sur place A l'admission du résident un recueil sur les habitudes de vie du résident est fait avec le résident et avec ses proches. Les données recueillies sont et inscrites dans divers fiches de recueil par thématique puis transcrites dans le logiciel de soins	Article L. 311-3 du CASF Article D. 312-155-031 du CASF ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 <sup>4</sup>
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ? Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?			Certains résidents ont des échanges par courrier ou par avec leur famille par le biais des ordinateurs mis à leur disposition. L'établissement a mis en place l'application mais peu de familles y adhèrent.  La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / 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. <i>Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>	C		Les réponses sont faites par mail ou lors d'un entretien	L. 1110-4, CSP

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

<sup>4</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / I / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OI et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	C			(2 représentants des résidents – 2 représentants des familles – 1 représentant du personnel – la directrice) / Réunion 1 fois par trimestre La dernière réunion a lieu le 9 février 2022. Nous avons obtenu le compte-rendu des 2 derniers CVS.	D. 311.4 à 20

## D) La gestion des réclamations et des événements 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 ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?				Information non vérifiée  Des formations flash sont organisées pour les équipes	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>5</sup>
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?			R	Information non vérifiée	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ?	O			Réponse par courriel ou communication verbale	
Quid des signalements ? (documenter)				Information non vérifiée	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ?					Article 434-3 du Code Pénal
Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		N			
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 ?					
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...) ?				Il y a des formations flash sur la prévention de la maltraitance, mais nous n'avons pas vérifié l'existence d'un plan formalisé	

<sup>5</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

## E) Les affichages

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
<p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD</li> <li><input type="checkbox"/> organigramme</li> <li><input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement</li> <li><input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS</li> <li><input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration</li> <li><input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction</li> <li><input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil)</li> <li><input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li><input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine</li> <li><input type="checkbox"/> menus affichés à jour</li> <li><input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations</li> <li><input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA</li> </ul>				<p>Les affichages listés sont dans un porte-documents pivotant à l'accueil.</p> <p>Le planning des animations, le menu, la charte des droits et des libertés et le numéro et 3977 sont affichés au mur</p>	

## 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	Ref.
<b>1. La conformité aux conditions de l'autorisation</b>					
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	O				

### B) Le management et la stratégie

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF?	C				art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?		NC	R	Les groupes de travail ont été constitués en 2017 et le travail d'élaboration n'a toujours pas été finalisé	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			Un organigramme sous forme de trombinoscope est aussi affiché au mur	
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	O			L'assistante de direction pallie l'absence du directeur sur certaines missions, mais il y a un système d'astreinte entre les directeurs du secteur qui permet d'assurer l'intérim de direction.	

Récapitulatif des propositions :

- Prescriptions :
  - o Le projet d'établissement doit être retravaillé et validé.



### 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.
<b>1. L'organisation de la prise en charge</b>					
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?	O			Réunion – logiciel de soin – cahier de transmission	
L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ?	O			Il y a une animatrice diplômée en poste depuis 9 mois qui propose aux résidents une palette d'animations assez variée. Elle a un projet de formation des équipes soignantes à l'animation afin de les impliquer davantage dans cette activité. Elle mutualise certaines animations avec d'autres EHPAD des environs, ce qui permet des échanges entre les résidents et les professionnels.	
Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ?	O			L'établissement dispose d'un espace SNOEZELEN, d'une baignoire thérapeutique et d'autres activités thérapeutiques sont gérées par les psychologues, l'ergothérapeute et d'autres intervenants extérieurs. Des séances de massage sont proposées aux salariés, d'autres projets sont en cours de réflexion.	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	O				

#### 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 ?	O			Les protections sur les chariots paraissent en quantité suffisante, mais nous n'avons pas vérifié si le stock du jour correspondait aux besoins jusqu'à la prochaine commande. L'IDEC fait la distribution dans les étages le lundi et le jeudi	
Y a-t-il une réévaluation des besoins ? par qui est-elle réalisée ?	O			La réévaluation des besoins est faite par l'équipe soignante	
Qui fait les commandes ? sur quelle période ?				La maîtresse de maison (gouvernante) est en charge des commandes de protections et de tous les produits d'hygiène et d'entretien de la structure. Les commandes sont faites une fois par mois et plus si besoin.	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?				Inscrit dans les documents, mais pas vérifié	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	Ref.
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	O				
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	O				
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs, ...)	O			Lors de notre visite les locaux étaient propres et aucune odeur ne remontait sauf celles liées au repas. Le bâtiment est de construction récente et ne présente pas de traces de vétusté apparente	
L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ?	O			Le 2 <sup>e</sup> étage est référencé « Pôle bien-être », car c'est à ce niveau que sont installées toutes les salles d'activité thérapeutique. Les espaces bien-être (SNOEZELEN), salle de bain thérapeutique et les salles d'activités sont utilisés par la psychologue, l'ergothérapeute, l'animatrice, les kinés et les intervenants extérieurs.	
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	O			Les chambres vues ont été aménagées personnalisées par leur habitant	
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				
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel-malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	O			Le dispositif existe mais nous n'a pas été testé pendant la mission.	

## D) 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 ?	O			Interne	
Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ?	O				
La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ?				La cuisine n'a pas fait l'objet de visite de l'équipe d'inspection	
Le personnel est-il équipé de gants, charlottes, surchaussures ?	O			Oui dans l'ensemble. Nous avons constaté un décalage pour le secteur des grands dépendants. L'heure du dîner qui nous a été annoncé pour cet étage était 18h15 au lieu de 18h30 pour le restaurant, mais à 18h15 le charriot n'était toujours pas monté.	
Les horaires des repas sont-ils respectés ?	O				



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?	O			Le dîner était très copieux, peut-être des quantités trop importantes pour les résidents du secteur grands dépendants. Nous n'avons pu constater les restes en fin de repas.	
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O			Le chef cuisinier, les résidents, les familles, l'animatrice, tout personnel souhaitant y participer	
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...) ?				La salle de restaurant est très agréable, avec l'identification des résidents par table et un code couleur pour leur régime. Les dysfonctionnements constatés lors du repas du soir dans l'unité réservée aux grands dépendants sont les suivants : temps d'attente trop long / sous-effectif par rapport aux résidents à prendre en charge / temps dédié aux repas trop court. La plupart des résidents ont besoin d'une aide.	
Les résidents ont-ils un menu de substitution ? Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O			Les résidents communiquent leurs souhaits aux AS ou AVS qui transmettent au Chef cuisinier ou certains résidents adressent leurs demandes directement au chef cuisinier	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - o Revoir l'organisation de la prise en charge autour du repas pour le secteur des grands dépendants (renforcement de l'équipe – plage de repas plus étendue)

## E) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?				Le linge plat et le linge des résidents sont gérés par des prestataires externes. Les tenues du personnel, le nappage sont gérés en interne	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?	O			La gouvernante qui gère ces dysfonctionnements nous informe qu'elle arrive toujours à solutionner le problème	
Un forfait linge est-il proposé ou imposé aux résidents ? Ce forfait linge est-il également proposé ou imposé aux bénéficiaires de l'aide sociale ?	O	N		Le linge des résidents bénéficiaires de l'aide sociale est pris en charge par l'établissement	



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 de l'ARS et 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 J <sup>6</sup> , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i>	O			<p>La directrice d'exploitation assure l'encadrement des équipes, secondée par une adjointe de direction.</p> <p>Dans le cas où l'absence de la directrice n'est pas prévue, un directeur d'un autre EHPAD du groupe assure l'astreinte. Dans le cas où l'absence ne serait pas prévue, la directrice régionale peut-être saisie.</p> <p>De même, une astreinte régionale est organisée.</p> <p>La directrice a régulièrement fourni son diplôme ainsi que sa fiche métier incluant la délégation de pouvoirs qui précise en son article 4 qu' « aucune subdélégation de pouvoir ne pourra être consentie »</p>	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 ?		NC	E	<p>Le climat social au sein de la structure apparaît serein. Une cohésion existe autour de la directrice qui est présentée par les salariés auditionnés (IDEC et adjointe de direction) comme à l'écoute des équipes et disponible.</p> <p>La directrice indique à l'équipe d'inspection avoir mis en place, en sus des affichages d'information classiques dans l'établissement et d'un cahier de transmissions du jour (hors événements médicaux), une gazette envoyée mensuellement aux salariés avec les fiches de paie pour les informer des actualités de l'établissement. Elle a également mis en place, une fois par mois pour les salariés, la venue d'une masseuse pour les salariés.</p> <p>Elle souhaite créer une charte d'engagement interne à l'établissement réalisée par les professionnels, projet qui suscite une réelle adhésion de ceux-ci.</p>	D. 312-155-0 III1 du CASF

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/ R	Commentaires	Réf.
				continuent de suivre leurs patients une fois entrés en établissement et l'EHPAD fait appel aux différents équipes mobiles du CH d'Eaubonne. Aucune astreinte médicale n'est prévue. <b>L'établissement est tenu de recruter un MEDEC dans les meilleurs délais afin de se mettre en conformité avec la réglementation en vigueur.</b>	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ?		NC	E	Le MEDEC est en cours de recrutement. (quotité de travail prévue : 0,5 ETP)  Pour pallier l'absence de MEDEC, l'établissement a la possibilité de faire appel à d'autres MEDEC exerçant dans d'autres établissements du groupe, et ou bien desaisir le MEDEC régional. En outre, l'établissement peut s'appuyer sur le réseau des médecins traitants.  S'agissant de l'astreinte médicale, une organisation interne et régionale est mise en place avec les médecins coordonnateurs de proximité et le médecin coordonnateur régional. Un planning est ainsi défini par la Direction médicale afin de permettre aux établissements de disposer des coordonnées et des jours / périodes de sollicitations possibles auprès des différents médecins coordonnateurs du groupe.	
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	O			Une IDEC (1 ETP) exerce ses fonctions depuis Octobre au sein de l'établissement. Sa fiche de poste et son diplôme sont régulièrement intégrés à son dossier administratif. En dehors des temps de présence infirmiers, une astreinte téléphonique, de nuit, est assurée, entre 20h00 et 7h00. La Résidence Le Clos des Lilas bénéficie du passage 2 fois / nuit d'un IDE grâce à l'expérimentation ARS piloté par la Croix Rouge.  La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ? -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) ?	O			Au niveau régional, chaque mois une réunion opérationnelle est organisée, réunissant les directions des établissements. En cas de difficultés particulières, la directrice de l'établissement peut s'appuyer sur l'échelon régional et bénéficier d'un soutien perçu comme attentif et efficace. Au niveau interne de l'établissement, une réunion pluridisciplinaire dite « staff » est organisée chaque semaine par la directrice. L'ordre du jour prévoit des rubriques prédéfinies centrées notamment sur les souhaits des résidents, les admissions, les ressources humaines (demandes de mobilité, recrutements...), les situations (y compris médicales) qui nécessitent une vigilance de l'ensemble de l'équipe, les travaux, la qualité, l'hôtellerie et la restauration, l'animation. Il est également prévu à l'ordre du jour des questions diverses qui se déclinent en fonction de l'actualité de l'établissement. Les participants à ces réunions sont : le MEDEC, l'IDEC, la psychologue, le psychomotricien/ergothérapeute, le chef cuisinier, l'adjoint de direction, l'homme d'entretien, la maîtresse de maison, l'animateur.	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>7</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...	O			<p>La procédure d'accueil des nouveaux salariés a été présentée à l'équipe d'inspection par l'IDEC récemment recrutée, procédure confirmée lors de l'entretien avec la direction.</p> <p>A chaque nouvelle embauche en CDI, la directrice se rend disponible au moins une journée (en fonction de la profession) pour accompagner le nouvel arrivant et lui présenter ses missions et l'établissement. Un kit de bienvenue avec un livret d'accueil, des fiches mnémotechniques, pense-bêtes, présentation de l'ensemble des documents administratifs est fourni.</p> <p>Le processus d'intégration est différent en fonction du profil de la personne recrutée (MEDEC, IDEC...) mais chaque fois un doublon est prévu.</p> <p>Intégration différente selon les fonctions (MEDEC, IDEC...).</p> <p>A titre d'exemple, lors de l'embauche de l'IDEC, la directrice l'a accompagnée pendant 3 jours à son arrivée. Elle a également bénéficié de plusieurs jours d'immersion dans un autre établissement du groupe.</p> <p>Pour les IDE : 1 jour d'immersion au sein de l'établissement et 2 jours en doublon.</p> <p>Pour les AS : 1 jour d'immersion au sein de l'établissement et 1 jour en doublon.</p>	
-Formations prévues/réalisées dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- pratiques professionnelles,</li> <li>- bientraitance/prévention de la maltraitance,</li> <li>- bon usage des outils et équipements de travail.</li> </ul> <i>Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>	O			<p>Des mini formations, d'une durée de 30 minutes, sont dispensées quotidiennement. Elles concernent toutes les fonctions de l'établissement.</p> <p>Des formations internes relatives à la bientraitance et la prévention de maltraitance sont dispensées par les psychologues. Une information concernant les troubles musculo-squelettiques est dispensée par les ergothérapeutes.</p> <p>La direction souhaite prochainement mettre en place des groupes d'analyse des pratiques supervisés par une sociologue externe.</p> <p>Lors des entretiens annuels d'évaluation, il est procédé au recueil des souhaits de formation des salariés. Les attestations de formation sont consignées dans les dossiers des salariés.</p> <p>Les salariés peuvent bénéficier de formations inscrites dans le plan de formation annuel du groupe. Des formations dispensées au sein de l'établissement sont mises en place régulièrement.</p>	

<sup>7</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				Très peu de formation ont été réalisées en 2021 suivant le bilan transmis. 8 agents ont bénéficié de formation (3 HACCP – 1 SST cuisine – 3 prise en charge des résidents – 1 formateur). Toutes ces thématiques ont été incluses dans le plan de formation 2022.	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?	0			La traçabilité des manquements professionnels est consignée au sein des dossiers administratifs et fait l'objet d'un suivi par la directrice. En 2020, aucune procédure de licenciement n'a été mise en œuvre, 6 avertissements ont été prononcés et 2 salariés ont fait l'objet d'une mise à pied disciplinaire. 2 procédures aux prudhommes ont été initiées : une procédure en 2021 sur un dossier de 2020 ; 1 procédure en 2020 sur un dossier de 2016. En 2021, un avertissement a été prononcé à l'encontre d'un salarié. En 2020, 15 accidents du travail ont été comptabilisés (dont 5 avec arrêt de travail) et 17 en 2021 (dont 3 avec arrêt de travail).	

Récapitulatif des propositions :

- Prescriptions :
  - o L'établissement doit recruter un MEDEC.

## 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) ?	0			La gestion des plannings des présences des salariés s'appuie sur le logiciel ainsi que sur des logiciels internes développés par Orpea. Pour le pointage, les agents inscrivent leur arrivée et leur départ sur un cahier.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?	0			C'est la directrice, en dehors de l'ouverture de l'administratif, qui gère les absences et recherches de remplaçant.  La directrice assure le suivi des salariés présents et absents. Un cahier du jour recense les présences et les absences des salariés.	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).				Concernant les ratios EPRD 2021, il n'intègre pas le personnel émargeant à 100% sur la section hébergement, donc intègre uniquement les AV, AS/AMP/AES, IDE/IDEC, Psychologue, médecin coordonnateur et auxiliaire médical.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? <i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>				Par ailleurs, l'ERRD 2021 n'a pas été réalisé à ce jour. Aussi, le ratio est réalisé sur la base 71.10 résidents (nombre de résidents « hébergement » avec toutes les absences de plus et moins de 72h mais pas les personnes effectivement présentes).	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?				Les effectifs de nuit sont constitués de 2 aides-soignants et d'un 1 auxiliaire de vie par nuit. Une aide-soignante demeure en permanence en Unité de Soins Adaptés tandis que la seconde aide-soignante ainsi que l'auxiliaire de vie assurent l'accompagnement, la surveillance et les changes auprès des résidents des étages traditionnels.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ? Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				Le jour de la visite, le PASA était fermé car les salariés du PASA étaient aux obsèques d'un collègue. <b>Le jour de la visite, une salariée inscrite au planning n'était pas présente dans les effectifs. Quatre salariées étaient présentes dans les effectifs du jour mais non inscrites au planning.</b>	
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heureées pour les personnels de jour ? de nuit ?		NC	E	En cas d'absences déclarées le matin même de la prise de poste (avant 9h), l'adjointe de direction a recours à une liste de vacataires prédéterminée. En dehors des horaires d'ouverture de l'établissement, la directrice se charge de la recherche de remplaçants. Si l'absence est prévue la veille, l'établissement utilise la plateforme « Hublo ». En janvier 2022, les effectifs étaient constitués de 51,89 ETP répartis tels que : 35,82 ETP CDI et 15,99 ETP CDD. Les qualifications correspondent aux fonctions occupées par les personnels.	L.311-3 et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>8</sup>
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ?	0			Sur 3 dossiers pris au hasard (IDEC, AS, Auxiliaire de vie) : - les fiches heures sont présentées dans 2 dossiers (AS/ Auxiliaire de vie), - les fiches de postes dans 2 dossiers (sauf dans celui de l'Auxiliaire de vie). - Les casiers judiciaires sont présents dans tous les dossiers. <b>Les dossiers administratifs des salariés consultés ne contiennent pas toujours la fiche heuree ou la fiche de poste.</b> Les diplômes sont présents dans tous les dossiers.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)

<sup>8</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Entretiens avec le directeur/le DRH				<p>Les contrats de travail des salariés en CDI sont présents dans leurs dossiers administratifs.</p> <p>Les contrats des salariés en CDD sont consignés dans le dossier administratif dès que la fiche de paie est éditée.</p>	

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - o L'établissement doit veiller à tenir à jour le planning ainsi que la liste réelle des effectifs présents dès à présent ;
  - o L'établissement doit veiller à vérifier la présence, dans chacun des dossiers administratifs des salariés, de la fiche de poste et de la fiche heurée dès à présent.

### 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 bien traitante des usagers ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	O			Tous les 3 mois, un roulement du personnel entre les différentes unités est mis en œuvre. Toutefois, si les circonstances l'exigent, des changements peuvent intervenir dans des délais plus courts. D'une manière générale, la pénibilité des postes de travail ainsi que de la fatigabilité des professionnels sont prises en compte.	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?	O			L'IDEC gère les plannings des AS, AVS et IDE en lien avec l'adjointe de direction, en prenant en compte la situation et la fatigabilité des agents.	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	O			Les transmissions ont lieu tous les jours de 15h à 15h20 pour un bilan de la matinée, les salariés arrivant en décalé et ne pouvant donc pas tous assister à la transmission de changement d'équipe. D'autres transmissions ont lieu à 7h45 par l'équipe de nuit à l'infirmière puis à 19h45 un chevauchement de 15 minutes est prévu pour les transmissions, par une IDE, auprès de l'équipe de nuit. Les AS, elles, disposent de 30 minutes de transmission entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui assure le pilotage ?				Le pilotage des transmissions entre les équipes de jour et de nuit incombe à la dernière IDE présente.	

23/32



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
- existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?				<p>Une procédure n'est pas connue de l'IDEC interrogée à ce sujet mais cette mission est explicitée dans les fiches de postes des IDE ainsi que le mode opératoire.</p> <p>La traçabilité des transmissions est garantie par le biais de l'utilisation du logiciel « soins ».</p> <p>Un cahier de transmissions permet de tracer les transmissions « hors soins ».</p>	

## **CONCLUSION**

L'inspection de l'EHPAD Le Clos des Lilas, géré par Orpea a été réalisée de façon inopinée le 14/02/2022.

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

De gestion des ressources humaines : **non-conformité de l'équipe pluridisciplinaire avec l'article D. 312-155-0 II11 du CASF.**

L'établissement est tenu de recruter un MEDEC dans les six mois afin de se mettre en conformité avec la réglementation en vigueur.

Le projet d'établissement doit être retravaillé et validé dans un délai de six mois.

### **L'établissement doit veiller à :**

- actualiser ses plannings recensant les absences et les mettre en conformité avec les fiches de présence des salariés ;
- inclure dans chaque dossier administratif des personnels la fiche de poste et la fiche horaire le cas échéant.
- revoir l'organisation de la prise en charge autour du repas pour le secteur des grands dépendants (renforcement de l'équipe – plage de repas plus étendue)

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 Clos des Lilas, situé à Eaubonne (FINESS n°950783514) qui a été inscrit à ce programme (voir annexe 1).

Cette inspection prendra en compte l'axe suivant :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.

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

-  
-

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

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

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

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

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

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

Lettre de mission

A

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

«EHPAD LE CLOS DES LILAS »  
130 Boulevard de la République  
95600 EAUBONNE

**Le 14 février 2022**

Pour mener à bien sa mission, l'équipe aura accès aux différents locaux, entre 14 heures et 19 heures. Ce contrôle aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance ainsi que la qualité des prestations hôtelières. L'équipe portera son attention sur le fonctionnement de la structure et mènera des entretiens avec toute personne qu'elle jugera utile. Elle pourra consulter tous documents nécessaires.

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

P/ la Présidente du Conseil départemental  
et par délégation,



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

DOCUMENTS	VERSION DEMATERIALISEE A 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 :	X	X
- 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	X	X
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	X
▪ 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	

### 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)	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	
		Adjointe de direction	
		IDEC	
		Chef-cuisinier	
		Animatrice	
		Maîtresse de maison	