

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « Le Château Saint Valéry » (EHPAD)  
8 ter Rue de l'Ermitage 95160 MONTMORENCY  
N°950802546**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2022\_0105**

**Déplacement sur site le 11/02/2022**

Mission conduite par les services de l'ARS Ile de France représentés par :

- [redacted] inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection

Accompagné par

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

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

- [redacted] Directeur Général Adjoint chargé de la Solidarité, Département du Val d'Oise ;
- [redacted] coordonnatrice du secteur Personnes âgées et domicile, Direction de l'Offre médico-sociale, Département du Val d'Oise.
- [redacted] référente qualité, Direction de l'Offre médico-sociale, Département 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

<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 .....	8
<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 BIENTRAITANCE (Cotations réalisées par les services de l'ARS et 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.....	11
C) La communication avec les familles et le CVS.....	12
D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	12
E) Les affichages.....	14
<b>II. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> 16	
A) La conformité aux conditions de l'autorisation.....	16
B) Le management et la stratégie .....	16
<b>III. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département)</b> .....	<b>17</b>
A) L'organisation de la prise en charge.....	17
B) Le respect des droits des personnes accueillies .....	18
C) L'architecture et l'aménagement des espaces.....	18
D) La restauration.....	19
E) Le traitement du linge .....	20
<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 du Département)</b> .....	<b>21</b>
A) L'encadrement des équipes.....	21
B) La situation des effectifs.....	22
C) L'organisation du travail.....	23
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>24</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>26</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

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

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

La Direction n'ayant pu fournir l'ensemble des documents demandés avant le départ de la mission, celle-ci s'est déplacée pour remettre en main propre le support (clé USB) au Département dans les meilleurs délais (l'après-midi même).

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 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 « Le Château Saint Valéry » situé à Montmorency (95160), 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.

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

### B) Modalités de mise en œuvre

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 11 février 2022 à partir de 8h45 par :

-

-

Accompagnés de :

-

-

-

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup>. Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents ou leurs représentants. A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice<sup>2</sup>.

<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

## C) Présentation de l'établissement

Situé au 8ter rue de l'Ermitage, l'EHPAD Le Château Saint Valéry est géré par le groupe Orpea situé 2 rue Jean Jaurès – 92800 à Puteaux.

Ouvert en juin 2016, l'EHPAD Le Château Saint Valéry dispose de 79 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 14 places.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. 7 places leur sont dédiées, 4 sont accueillies le jour de la visite.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 74 résidents. Soit un taux de présence de 93,7 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 738 et le PMP à 261.

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

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 61 résidents accueillis en 2020 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2020 <sup>3</sup>	5%	51%	26%	18%	%
IDF <sup>4</sup>	18%	40%	18%	17%	7%

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

<sup>3</sup> Source : RAMA 2020

<sup>4</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

## CONSTATS

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

### Consignes de lecture :

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

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

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

### Références réglementaires et autres références

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code de la Santé Publique

Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

I. LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIEN-TRAITANCE (Cotations réalisées par les services de l'ARS et du Département)

A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O / C			Registre papier depuis l'ouverture en 2016.	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 / C			74 résidents accueillis sur 79 places autorisées. Taux d'occupation de 93,6%. Un document sous format papier issu d'Excel nous a été remis. 14 places d'UVP et 14 places d'UGD. Les unités sont remplies le jour de la visite.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	O / C			Oui, la directrice.	
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 ?	O / C			L'établissement dispose de 7 places habilités à l'aide sociale, dont 4 étaient occupées le jour J. La procédure d'admission est la même pour les bénéficiaires de l'aide sociale.	

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	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 ?		N		La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement sont-ils remis et explicités aux usagers ? Les annexes au livret d'accueil sont elles présentes ? désignation de la Personne de Confiance, rédaction de directives anticipées, Charte des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des Personnes Qualifiées ? Cf. <i>Dossiers des résidents</i>				La mission n'a pas abordé le sujet du recueil de consentement.  Le livret d'accueil comprend les annexes suivantes : - Règlement de fonctionnement - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante - Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance - Composition du CVS - Liste des personnes qualifiées  Les dossiers des résidents n'ont pas été consultés.	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 <sup>5</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 ? Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes allitées de préférence ou déambulantes.	O / C			Au cours de l'entretien mené avec la psychologue par l'équipe du Conseil départemental, il a été indiqué que 66 résidents sur 74 accueillis au jour de la visite faisaient l'objet d'un projet personnalisé de vie. Les 8 derniers viennent soit d'intégrer l'établissement, soit nécessitent d'attendre le retour des tuteurs.	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>6</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... ?	O / C			L'entretien avec la directrice a permis de constater que le fonctionnement de l'établissement était de type familial. Les échanges avec la directrice étaient assez libres, avec une grande disponibilité de sa part.	
Analyse des accompagnements et accueil ininterrompus ? motifs ?		N		Toutefois, la mission n'a pas pris connaissance de documents formalisés. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

<sup>5</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

<sup>6</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	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 / C			Un cahier de doléance est disponible à l'accueil mais est peu utilisé par les familles et les résidents (exemple : alerte d'une famille ayant trouvé 2 mouches sur le sol de la chambre d'un résident).	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 Pdl CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).	O / C			Les élections des membres CVS collège Résidents et salariés sont en cours (du 09/02 au 06/03), l'urne était à disposition posée dans le hall et une affiche explicative était dans le couloir. Il y avait également le PV de la dernière réunion (30/10/2021).	D. 311-4 à 20

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Transmettre au Département les résultats des élections du CVS.

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?	O / C			L'établissement s'auto évalue et une politique d'audit est déployée au sein des EHPAD d'ORPEA mais il n'y a pas de recours à l'analyse des pratiques.  Les équipes sont sensibilisées à la bientraitance et des formations sont dispensées à ce sujet (trace papier d'une formation réalisée en 2020 consultée sur place).	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>7</sup>

<sup>7</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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				Des mini formations sont réalisées par l'IDEC et le MEDEC. L'établissement dispose d'un logiciel de suivi du PAQ qui contient l'ensemble des plans d'actions à décliner, émanant des résultats des évaluations, des objectifs CPOM, de l'enquête de satisfaction, d'audits internes. Pour chacun de ces plans d'actions, il existe un échéancier avec nomination d'un pilote. Des réunions sont organisées avec le Codir pour suivre l'avancée des plans d'actions.	
Affichage liste des PQ, n° tél 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O / C			Ces documents sont consultables à l'accueil de l'établissement. L'enquête de satisfaction est bien diffusée auprès des proches et des résidents.	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? Quid des signalements (documenter) ?	O / C			Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement mentionnent les mesures prises par l'établissement pour veiller à la sécurité des personnes et des biens. Une procédure valable pour l'ensemble du groupe ORPEA est édictée et disponible au sein de l'établissement. Une démarche personnalisée pourrait être utile.	
Les réclamations font elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)	O / C		R	Des échanges écrits avec le Conseil départemental et l'ARS Ile de France ont été étudiés mais aucune trace d'échanges avec les familles.	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	O		R	Pas de logiciel métier utilisé. Difficile d'évaluer l'exhaustivité des données dont nous avons pris connaissance. Les réclamations et signalements sont classés dans un dossier dont les premiers éléments datent de 2018, 9 signalements ont été répertoriés entre le 09/02/2018 et le 01/02/2021, problème d'exhaustivité ? 1 réclamation famille + 2 situations ayant occasionné des échanges avec le CD. Dans notre tableau de suivi ARS, on comptabilise 17 EI/EIG survenus à Saint-Valéry depuis le 13 janvier 2017. Le classeur des EI/EIG est incomplet et ne comprend pas tous les signalements reçus par l'ARS. Nécessité de mettre en place un logiciel de suivi des EI/EIG.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été réportés ? signalés aux autorités ? l'ait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?	O			Pas de cas de maltraitance réportés, un EIG en lien avec une situation de maltraitance n'était pas réportée dans le classeur tenu par la structure (signalement du 13/01/2017).	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...)?	O / C			Des formations sont proposées aux professionnels, notamment sur le sujet de la réponse aux comportements problématiques. Il faudrait renforcer les programmes de formations liés à la bientraitance.  La nuit : contrôles inopinés tous les 3 mois.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Assurer la traçabilité des échanges avec les familles suite à des réclamations ou des signalements ;
  - Recourir à l'utilisation d'un logiciel métier pour le suivi des EI, EIG et réclamations ;
  - Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés ainsi qu'un comité éthique ;
  - Formaliser la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement de l'établissement en cours d'élaboration.

## 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	O			Système de présentation et consultation de document sous pochettes. L'ensemble des documents étaient affichés, hormis le dernier PV de commissions de restauration.	

14/32

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
<input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA					

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Veiller à actualiser et à compléter l'affichage.

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

### A) La conformité aux conditions de l'autorisation

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

### B) Le management et la stratégie

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
	Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF?				
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?		N		Le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil de l'établissement. Il s'agit d'un document du Groupe ORPEA. Il n'existe pas de projet d'établissement. Des groupes de travail ont été amorcés en 2021 avec des pilotes par thématique. Certains points des plans d'actions avaient dû être suspendus en raison de la crise sanitaire, les groupes devaient reprendre prochainement. Remis dans les documents demandés sur clé USB	art. R311-33 à R311-37  art. L.311-8 et D311-38)
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?					
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?					
	O			La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

Récapitulatif des propositions :

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

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

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
<b>1. L'organisation de la prise en charge</b>					
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ?	O			En semaine, 3 activités quotidiennes sont proposées : 1 le matin et 2 l'après-midi. Le Week-end, seulement l'après-midi. Les plannings de janvier et février 2022 transmis laissent apparaître des activités parfois redondantes.	
Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ?	O			En UGD ce sont principalement les AS qui proposent les animations. L'établissement dispose d'1ETP d'animateur, pourvu par une personne diplômée, qui accueille un stagiaire (stage de découverte 1 semaine)	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	O			L'établissement propose des accompagnements spécifiques comme des séances de balnéothérapie. Le programme des prochaines séances par résidents, organisé par la psychologue, est affiché à l'intérieur. Mis à jour le 04/02/22, le programme concernait 21 résidents le jour J.	
				L'espace Snoezelen installé au RDC est mis à disposition des salariés en fonction d'un créneau horaire. Ceux-ci bénéficient également de séances de massage et d'ostéopathie, ainsi que de cours de boxe pour apprendre à mieux gérer le stress.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - Mettre en place des animations plus variées et impliquant davantage la participation des résidents.

## 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 ?	O			Les douches sont inscrites dans le plan de soin de la personne âgée selon ses besoins. Elles sont réalisées à partir de 8h20-8h30 après le petit-déjeuner (sauf si le résident est souillé, sa douche peut lui être proposée avant). Le planning est présent sur chaque chariot, avec une fiche par résident reprenant ses préférences. Des scannettes sont utilisées pour valider la réalisation des actes de soins.	
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 ?	O			Ils existent 2 locaux fermés de réserve de matériel au RDC. Le jour J les réserves sont apparues conséquentes et les chariots garnis. La gestion des stocks et les commandes sont à la charge de l'IDEC qui a une marge de manœuvre. Les commandes sont passées 1 fois par mois, plus si nécessaire. Elle s'assure quotidiennement que les stocks permettent de répondre aux besoins. Cette gestion se fait au moyen d'un logiciel dédié selon les besoins évalués des résidents en équipe pluridisciplinaire et discutés au cours des transmissions. Les chariots sont ravitaillés tous les jours avant 17h. L'IDEC a indiqué une moyenne de 3 à 4 changes par jours par résidents et 2 changes la nuit, cependant les fiches de stocks demandées par la mission pour mise en parallèle des informations ne lui ont pas été transmises.	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	O		R	Les résidents de l'UP sont contraints de rester dans cette aile dédiée fermée.	article L311-3, 1° CASF

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	O				
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'innomé ? De la mixité ?	O				
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs, ...)	O			Le jour J, l'établissement était propre et accueillant.	

18/32

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ?	O			L'EHPAD dispose d'une salle Snoezelen, d'une salle de bainéothérapie, d'un salon réminiscence et de divers salons d'activités. Ces espaces sont utilisés, l'espace multi sensoriel et la bainéo sont soumis à plannings pour des résidents identifiés.	
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	O			Toutes les portes des chambres sont identifiées avec le nom du résident. Ils ont la possibilité de personnaliser leur chambre cependant les espaces libres pour ajouter du mobilier personnel sont restreints, du fait d'un aménagement préétabli pas toujours amovible. Certaines chambres sont très décorées, d'autres moins, selon les souhaits des résidents.	
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			L'accès à l'établissement est sécurisé avec des codes, ainsi qu'aux escaliers ou à l'UVP.	
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 jour J, un test de l'appel-malade a été réalisé au sein de la salle réminiscence, il a été constaté une réponse rapide par le personnel, en moins de 3 minutes. Un second test a été réalisé en chambre au 2 <sup>ème</sup> étage, le personnel a répondu en 1 minute. La directrice a évoqué exercer un contrôle régulier des temps de réponse aux sonnettes au moyen d'un logiciel de relevés des appels.	

## 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			La prestation de restauration est interne. L'établissement dispose d'une cuisine et de 2 binômes chef cuisinier et commis (4 ETP).	
Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ?	O			L'équipe a reçu des formations HACCP en 2021 d'après le bilan de formations réalisées.	
La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ?	O			Le jour J, avant de pénétrer dans les locaux l'équipement nécessaire a été fourni à la mission pour réaliser une visite de la cuisine.	
Le personnel est-il équipé de gants, chariottes, surchaussures ?	O				
Les horaires des repas sont-ils respectés ?	O			Le déjeuner est servi à 12h30, le goûter à 16h00, le dîner à 18h30	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
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. Les quantités constatées dans les assiettes le jour J semblaient suffisantes. Les avis recueillis lors d'échanges avec quelques résidents atteints étaient très satisfaisants. Le coût de repas journalier est estimé à 1,50 €. Il comprend le petit déjeuner, le déjeuner, le dîner et les collations.	
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O			Cette commission réunit les résidents et le chef.	
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			Une attention est portée au dressage de la table (nappes, couverts, verres, etc.) et à la décoration des espaces, ainsi qu'au dressage des assiettes, qu'elle que soit la lecture proposée. Les plats présentés le jour J semblaient appétissants.	
Les résidents ont-ils un menu de substitution ?	O			Le résident peut changer son menu par rapport à ce qui est prévu en faisant connaître son choix. Le chef connaît certaines préférences et y répond favorablement.	
Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O			Le recueil des habitudes, préférences et allergies ou régimes éventuels est réalisé dès l'arrivée du résident dans l'établissement.	

## E) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?	O			L'entretien du linge des résidents est externalisé (contrat avec AD3). 1 ETP de lingère, en CDI, s'occupe du linge plat.	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?	O			D'après la directrice, des doléances sont remontées par les familles pour des raisons de perte de linge mal ou non étiqueté.	
Un forfait linge est-il proposé ou imposé aux résidents ?	O			Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, c'est l'établissement qui assure la prise en charge forfaitaire de l'entretien.	
Ce forfait linge est-il également proposé ou imposé aux bénéficiaires de l'aide sociale ?	O				

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

**A) L'encadrement des équipes**

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Ref.
-Le jour J <sup>8</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, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i>	C  C				D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	D. 312-155-0 I111 du CASF
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Permanence/astreinte médicale formalisée ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-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 ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>9</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
-Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles,				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

<sup>8</sup> Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

<sup>9</sup> Par ex. : travail en double, 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.
<ul style="list-style-type: none"> <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> Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

## B) La situation des effectifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	O			Taux d'absentéisme Taux de rotation Postes à pourvoir : 1 ETP IDE ; 0,2 ETP médecin prescripteur ; 0,5 ETP psychomotricien La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Absents non prévus (pdx 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>				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	O			43 CDI et 8 CDD pour décembre 2021.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	L.311-3 et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>10</sup>
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heures pour les personnels de jour ? de nuit ?	O			Des fiches horaires ont été transmises par profil de poste.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? <i>Entretien avec le directeur/le DRH</i>				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

<sup>10</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

### C) L'organisation du travail

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

## CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Le Château Saint-Valéry, géré par la société ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 11 février 2022.

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

- De communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :
  - Assurer un suivi des réclamations et des EI/EIG en recourant à l'utilisation d'un logiciel métier adapté ;
  - Compte tenu de l'absence d'éléments reprenant les échanges avec les familles suite à des réclamations ou des signalements, formaliser ces derniers dans un document ;
  - Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques pour les salariés ainsi qu'un comité d'éthique ;
  - Formaliser la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement de l'établissement en cours d'élaboration ;
  - Veiller à actualiser et à compléter l'affichage ;
  - Transmettre au Conseil départemental les comptes rendus du CVS.
  
- De gouvernance :
  - Elaborer un nouveau projet d'établissement.
  
- D'organisation de la prise en charge (hors soins) :
  - Mettre en place des animations plus variées et impliquant davantage la participation des résidents.

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

Fait à Cergy-Pontoise le 23/02/2022

L'inspecteur		
Les représentants du Département du Val d'Oise		

## GLOSSAIRE

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

## ANNEXES

### Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale du Val d'Oise

Saint Denis, le 10 FEV. 2022

Messieurs,

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 Château Saint Valéry, situé à Montmorency (FINESS n° 950802546) 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 bienveillance.

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.

27/32

- 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, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

---

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

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

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



Lettre de mission

A

Madame Marylène SCHMIDT coordinatrice, secteur personnes âgées et domicile  
Madame Olivia WERMUTH, Référent qualité, Pôle Appui et Missions Transversales

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

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

« EHPAD CHATEAU SAINT VALERY »  
8 Ter RUE DE L'HERMITAGE  
95160 MONTMORENCY

Le 11 février 2022

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

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

P/ la Présidente du Conseil départemental  
et par délégation,

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

tél. : 01 34 25 13 84

[www.valdoise.fr](http://www.valdoise.fr)

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

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

### Documents consultés sur place par la mission

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

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

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

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Fonction</u>	<u>eMail et Téléphone</u>
		Directrice exploitation	
		Psychologue	
		Chef cuisinier	
		Auxiliaire de vie - lingère	