

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « Résidence VAL DE FRANCE » (EHPAD)  
5 rue Robert Desnos 95 300 DOMONT  
N° FINESS 95 080 6984**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2022\_0108**

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

Mission conduite par l'ARS par :

—

Accompagnée par :

—

Mission conduite par le Département par :

—

—

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

## 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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	6
B) Modalités de mise en œuvre .....	6
C) Présentation de l'établissement .....	6
<b>CONSTATS .....</b>	<b>8</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>9</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	9
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	10
C) La communication avec les familles et le CVS.....	11
D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	12
E) Les affichages.....	13
<b>II. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département)</b>	<b>14</b>
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.....	17
E) Le traitement du linge .....	18
<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>19</b>
A) L'encadrement des équipes.....	19
B) La situation des effectifs.....	20
C) L'organisation du travail.....	21
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>22</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>24</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>25</b>

Annexe 1 : Lettre de mission.....	25
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....	28
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	30

## **SYNTHESE**

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

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

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

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

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

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Cette inspection s'est déroulée sur une demi-journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

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

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

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 « Val de France » situé à DOMONT (95330), qui appartient au groupe ORPEA.

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

Aussi, la DG ARS et le PCD du Val d'Oise ont-ils diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents et de prise en charge de la dépendance ainsi que la qualité des prestations hôtelières.

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

### **B) Modalités de mise en œuvre**

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 11 février 2022 à partir de 8h30 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 11 février 2022. Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la Directrice de l'établissement, d'autres Directrices ORPEA présentes sur site, la maîtresse de maison, la cuisinière, des résidents, mené des entretiens avec la Directrice, la cuisinière et une représentante des résidents. 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 5 rue Robert DESNOS 95 330 DOMONT, l'EHPAD VAL DE FRANCE est géré par le groupe privé ORPEA située 12 rue Jean Jaurès 92800 PUTEAUX.

Ouvert en 1992, l'EHPAD VAL DE FRANCE dispose de 92 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.

---

<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

Une Unité de Soin Spécifique Alzheimer (USA) accueille 10 résidents.

Cet établissement est habilité à recevoir 15 bénéficiaires de l'aide sociale, 12 sont accueillis le jour de la visite.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 81 résidents. Soit un taux de présence de 88 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 737 et le PMP à 230

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

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

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

## **CONSTATS**

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

### **Consignes de lecture :**

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

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

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

### **Références réglementaires et autres références**

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code de la Santé Publique

Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

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

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / NC C	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	0		Registre des entrées et des sorties papier complet.	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	C		Residents accueillis le jour de la visite : 81 Soit un taux de présence de 88 % Places installées : 92 dont 10 chambres dédiées à l'Unité de Vie Protégée (UVP)	
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?			L'EHPAD est organisé sur 3 étages et un sous-sol, répartis comme suit : Rez-de-chaussée : 10 chambres dédiées à l'UVP ;	
Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?			- Premier étage : 28 chambres ; - Deuxième étage : 33 chambres ; - Troisième étage : 21 chambres.	
			L'établissement utilise le logiciel	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	0		La directrice gère les entrées et les sorties via un logiciel	
L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ?	0		L'établissement est habilité à l'aide sociale pour 15 places, 12 sont accueillis le jour de la visite, 3 sont en liste d'attente	
Combien à ce jour ?				
Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ?				

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	O	O		<p>La procédure est formalisée.</p> <p>Il est prévu que la Directrice recherche le consentement de la personne dès l'entrée dans l'établissement.</p> <p>Dossiers des résidents complets.</p> <p>Les contrats de séjour sont signés par le résident ou son représentant.</p> <p>Le résident se voit également remettre les annexes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte des droits et libertés de la personne accueillie ;</li> <li>- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ;</li> <li>- Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance ;</li> <li>- Rappel des principales missions de la personne de confiance ;</li> <li>- Livret d'accueil ;</li> <li>- Dépot de garantie ;</li> <li>- Note d'information et formulaire de consentement.</li> </ul> <p>Cette liste est non exhaustive.</p>	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, Chartre des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des Personnes Qualifiées ? Cf. Dossiers des résidents	O			<p>Une annexe au contrat de séjour permet de formaliser le recueil la recherche et le recueil du consentement de la personne concernant le partage entre professionnels des informations médicales la concernant.</p> <p>Il existe également des annexes sur le consentement à l'élaboration d'un DMP</p>	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
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 âgées de préférence ou déambulantes.	O			<p>Les projets de vie consultés sont conformes à la réglementation en vigueur.</p> <p>Planning prévisionnel de la psychologue selon les disponibilités des familles, actualisation de projets de vie tous les 6 mois pour l'UVP et tous les ans pour les autres résidents.</p>	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>

<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	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
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			L'EHPAD a mis en place une lettre d'information intitulée « la gazette de la Résidence Val de France », à destination des résidents et des familles qui fait l'objet d'une publication mensuelle. L'application ORPEA FAMILY permet le partage de photos ou d'informations ainsi que l'échange de messages entre les résidents et leurs familles Des visios sont également utilisées pour maintenir le lien avec l'entourage familial. De plus, les familles ont la possibilité de déjeuner avec leur proche. La direction veille à ce que les relations affectives soient maintenues.	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?	C.			La plupart des accueils interrompus s'explique par une durée de séjour programmée pour une courte durée.	

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	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		R	Cahier de doléances disponible à l'entrée de l'établissement. Une réponse systématique est apportée aux familles et peut prendre la forme d'une rencontre avec les intéressés. En cas de saisine écrite de l'établissement, une réponse écrite est adressée aux familles. La mission n'a pas constaté ces courriers de réponse.	L. 1110-4, CSP
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).	O			Le CVS fonctionne normalement. Il est réuni 3 fois par an, ou plus selon les besoins. Des CVS exceptionnels peuvent être organisés, si les circonstances l'exigent. Le CVS est composé : Présidente du CVS (résidente), deux représentants des résidents (donc la présidente), deux représentants des familles, deux représentants du personnel, un représentant de la Direction.	D. 3114 à 20

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - o Mettre à disposition des courriers de réponse aux familles dans les dossiers des résidents.

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?	O			<p>L'établissement réalise des autoévaluations.</p> <p>L'enquête de 2019 révèle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12,3% des résidents sont très satisfaits ;</li> <li>- 80,7 % des résidents sont satisfaits ;</li> <li>- 7,0 % sont peu satisfait.</li> </ul> <p>L'enquête de 2020 révèle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15,0 % des résidents sont très satisfaits ;</li> <li>- 67,5 % des résidents sont satisfaits ;</li> <li>- 15,0 % sont peu satisfaisants ;</li> <li>- 2,5 % ne sont pas du tout satisfaisants.</li> </ul> <p>Les résidents ont la possibilité de déposer leurs biens et ressources dans le coffre de l'EHPAD.</p> <p>Chaque dépôt est consigné dans les dossiers personnels des résidents.</p>	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>
Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O				
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?	O	R		<p>Il existe un tableau de bord de suivi permettant d'identifier l'auteur, les motifs et le suivi des réclamations. Toutefois, le classeur destiné à centraliser les réclamations ainsi que les réponses apportées n'a pas été alimenté.</p> <p>La mission n'a pas eu accès à des exemples de courriers, notamment concernant les réclamations.</p>	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 ?	N	R			
Quid des signalements ? (documenter)					
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ?	O			<p>Il existe un classeur permettant le recueil et le suivi des EI. Il est alimenté par la directrice.</p> <p>D'après les éléments fournis par la directrice le jour de la mission, aucun signalement de maltraitance n'a été identifié au sein de l'établissement. Aucun signalement au Procureur de la République ?</p>	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016 Article 434-3 du Code Pénal
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés et suivis ?	N				
Ils étaient 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...) ?	O			<p>La promotion de la bientraitance fait l'objet d'une politique formalisée.</p> <p>Des formations visant à prévenir la maltraitance sont régulièrement organisées</p>	

<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

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - o Mettre à jour régulièrement le tableau de bord destiné à centraliser les réclamations ;
  - o Mettre à disposition des courriers de réponses aux intéressés suite à des réclamations.

## E) Les affichages

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <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 CV/S et composition CV/S</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 3977TALMA</li> </ul>	0		Tous les documents sont affichés dans l'établissement. Les plannings d'animation et les menus ne sont pas affichés dans les étages car les locaux viennent d'être refaits et les tableaux non encore posés. Les documents sont distribués dans les chambres des résidents.	

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

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<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	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?	O				art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?	O				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				
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	O				

### **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 ?			R	Un cahier de transmissions se trouve en salle de pointage du personnel. Le suivi est consigné sur ... Dans l'UVP, le traçage des douches et changes n'est pas fiable: les 2 personnes présentes n'ont pas leur "scannette" sur elles. L'ordinateur n'est pas allumé, il est ainsi difficile de tracer les soins apportés aux résidents. Pour exemple, sur l' ... il semble qu'une résidente n'a pas eu de douche depuis le 3 février dernier, or il nous est indiqué le contraire.	
L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ? Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ? Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	O			La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Sensibiliser le personnel à l'utilisation systématique des "scannettes" afin d'assurer une traçabilité et un suivi des dossiers de 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		R	Une résidente interrogée se plaint de rester trop longtemps sur le pallier au retour du diners (de 40 mn à 1h) avant d'être amenée à sa chambre	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les matériels (protections, gants) sont-ils en « quantité suffisante » sur les chariots et dans les lieux de stockage ? Y a-t-il une réévaluation des besoins ? par qui est-elle réalisée ? Qui fait les commandes ? sur quelle période ?	O		R	Les besoins sont évalués par l'équipe soignante et les stocks sont suivis manuellement sur un cahier par la gouvernante qui gère également les commandes. En 2020, on note 3,1 changes par jour pour une moyenne de 51,5 résidents incontinents, en 2021, on note 2,9 changes par jour pour 48,75 résidents incontinents en moyenne. Dans l'UVP, le tableau des dotations n'est pas à jour (date du 28/11/2021)	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	O		R	Dans l'UVP, les chambres ne sont pas fermées car il est nécessaire d'avoir un pass électronique pour ouvrir de l'extérieur, certains résidents ont un bracelet pass quand la porte a été fermée, les autres sont obligés d'attendre le personnel pour entrer dans leur chambre.	article L311-3, 1° CASF

#### Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
  - o Revoir l'organisation du retour de dîner, les résidents peuvent être amenés directement dans leur chambre où ils peuvent vaquer à leurs occupations dans leur environnement personnel en attendant le coucheur.
  - o Permettre aux résidents de l'UVP d'aller et venir dans leur chambre sans être obligé d'interpeller le personnel et d'attendre que celui-ci soit disponible.

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I 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			Les résidents ne sont pas répartis dans les étages en fonction de leur profil, sauf pour les grands dépendants pour lesquels des chambres sont équipées de rails et de lèvres malades au 3 <sup>me</sup> étage. Les espaces sont adaptés aux personnes accueillies.	
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	O		R	Des chambres sont ouvertes, une résidente est presque nue sur son lit.	
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs, ...)	O	R		Les locaux sont propres et entretenus. Dans une chambre de l'UVP, on note que les draps d'une résidente n'ont pas été changés de la matinée malgré des tâches et une forte odeur d'urine, celle-ci prend ses repas dans sa chambre. Une réclamation concernant des odeurs d'urine est remontée par un représentant lors du CVS du 05/10/2021.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ?	O			Un salon de coiffure accueillant, des salons, un espace en cours d'ouverture avec espace Shoezelen et SPA.	
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	O			Possibilité de décoration et petit mobilier.	
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			Dans l'UVP, pas d'appel malade à fil en raison d'un risque d'étranglement, juste un appel mural qui ne déclenche qu'un signal lumineux lorsqu'il est actionné selon le personnel.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :

- Mettre en place un système d'appel malade sonore ou un système permettant de prévenir le personnel où qu'il se trouve au sein de l'unité de vie protégée
- Garantir l'intimité de chaque résident en rappelant notamment au personnel la nécessité de fermer les portes des chambres
- Respecter la dignité des personnes accueillies en sensibilisant le personnel à la nécessité d'un changement régulier du linge souillé

## D) La restauration

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
La restauration est-elle interne ou externalisée ?	O			La prestation restaurant est réalisée en 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 ?	O			La cuisine est propre	
Le personnel est-il équipé de gants, charlottes, surchausses ?	O				
Les horaires des repas sont-ils respectés ?	O				
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?	O			Les résidents interrogés sont satisfaits de la restauration. Lors de CVS du 5/10/2021, les membres élus indiquent qu'il y a eu un bel effort sur la présentation à l'assiette, mais qu'il y a encore des progrès à faire sur le goût de certains aliments.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O		C	Il y a une commission restauration, mais les menus sont réalisées par le siège.	
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			L'ambiance au repas est apaisée, les repas sont pris dans des conditions satisfaisantes et les résidents interrogés semblent satisfaits.	
Les résidents ont-ils un menu de substitution ?	O		R	Il existe un menu de substitution. Dans l'UVP, au repas, une résidente se plaint de demander de l'eau à boire et de n'avoir que du sirop.	
Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O				

## E) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?	O	NC	C	Dans l'UVP, le circuit du linge n'est pas respecté, linge propre et sale sont mélangés dans le même local bien qu'un autre local soit à disposition. La destination de ce local ne semble d'ailleurs pas être connue du personnel présent.	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?		N			
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			Un forfait linge est proposé aux résidents qui le souhaitent	

### Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
  - Former et accompagner l'équipe de l'unité de vie protégée au respect du circuit du linge

## **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	Réf.
-Le jour J <sup>6</sup> , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ?	O			La Directrice en titre est en congé maternité. Elle est remplacée par une Directrice adjointe faisant fonction de Directrice.	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGASI/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
-Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	O				
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ?	O				
-Subdélégations/documentées) de signature ?					
-Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?	O				
Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i>					
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	D. 312-155-0 II11 du CASF
-Recrutement, diplôme, quotité 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, quotité 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 ?					
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'OIG ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
l'OIG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ?					
-Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?					
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>7</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,	O				

<sup>6</sup> Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

<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.
- bienveillance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés	0 0	0			
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) ?	0			Oui logiciel	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	0			Signature d'un registre à l'entrée	
Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?				Au jour de la visite, 33 personnels présents soit un taux d'encadrement de 0,40. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Ratios d'encadrement					
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?					
Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning					
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?					
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	L_311-3 et L_312-1, II, 4ème alinéa, CASF et HAS <sup>8</sup>
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ?	0				L_311-3, CASF (sécurité des personnes)
Des fiches de tâches heureuses pour les personnels de jour ?					
Des fiches de tâches heureuses pour les personnels de nuit ?	0				
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ?	0				
Entretiens avec le directeur/le DRH					

<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

## 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 bientraitante 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 ? Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
- qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

## **CONCLUSION**

L'Inspection de l'EHPAD Résidence Val de France, géré par le groupe privé ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 11/02/2022.

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 prise en charge des résidents :

Recommandations :

- Sensibiliser le personnel à l'utilisation systématique des "scanettes" afin d'assurer une traçabilité et un suivi des dossiers de résidents
- Revoir l'organisation du retour de dîner, les résidents peuvent être amenés directement dans leur chambre où ils peuvent vaquer à leurs occupations dans leur environnement personnel en attendant le coucher.
- Permettre aux résidents de l'UVP d'aller et venir dans leur chambre sans être obligé d'interpeller le personnel et d'attendre que celui-ci soit disponible.
- Mettre en place un système d'appel malade sonore ou un système permettant de prévenir le personnel où qu'il se trouve au sein de l'unité de vie protégée
- Garantir l'intimité de chaque résident en rappelant notamment au personnel la nécessité de fermer les portes des chambres
- Respecter la dignité des personnes accueillies en sensibilisant le personnel à la nécessité d'un changement régulier du linge souillé
- Former et accompagner l'équipe de l'unité de vie protégée au respect du circuit du linge

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

Recommandations :

- Mettre à disposition des courriers de réponse aux familles dans les dossiers des résidents.
- Mettre à jour régulièrement le tableau de bord destiné à centraliser les réclamations ;
- Mettre à disposition des courriers de réponses aux intéressés suite à des réclamations.

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 24/02/2022

## GLOSSAIRE

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

## ANNEXES

### Annexe 1 : 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 ainés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Ce programme, est diligenté sur le fondement de l'article L 313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements 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 Val de France, situé à Domont (FINESS n°950806984) qui a été inscrit à ce programme (annexe 1).

Cette inspection prendra en compte l'axe suivant :

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

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

- 
- 

L'inspection aura lieu à partir du 11 février 2022 selon l'organisation suivante :

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

- Les dispositions de l'article L.1421-3 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'agréeer, Madame, Monsieur, 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 quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

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

<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

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 RESIDENCE VAL DE FRANCE»  
5 rue Robert Desnos  
95330 DOMONT

**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,

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

DOCUMENTS	VERSION DEMATERIALISEE SOLLICITE ET TRANSMIS
<b>Sur l'organisation :</b>	
▪ Projet d'établissement	X
▪ Règlement de fonctionnement (ou pièces équivalentes)	X
▪ Dossier administratif du directeur et notamment :	
- Délégations de pouvoir et de signature (DUD)	X
- Fiche de fonction du directeur	
▪ 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
<b>RAMA</b>	
<b>Sur la prise en charge et les droits des usagers :</b>	
▪ 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	
▪ 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
<b>Sur l'installation :</b>	
▪ Procès-verbal de la dernière visite de la commission de sécurité incendie	X
▪ Procès-verbal de la dernière visite des services vétérinaires	X

## Documents consultés sur place par la mission

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

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

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

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Fonction</u>	<u>eMail et Téléphone</u>
		Directrice adjointe	
		Maitresse de maison	
		Cuisinière	
		Directrice le Clos de l'Oseraie	
		Directrice de la Résidence du Vexin	
		Représentante des résidents	