

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Résidence Arpage » (EHPAD)
1, rue Henri Dunant – 95880 Enghien-les-Bains
N°950807420

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0129
Déplacement sur site le 16/02/2022

Mission conduite pour l'Agence Régionale de Santé par

-

Accompagné par

-

Mission conduite pour le Département du Val d'Oise par

-

-

Accompagnés par

-

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

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L. 311-5, 2° 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

SYNTHESE	5
INTRODUCTION	6
A) Contexte de la mission d'inspection	6
B) Modalités de mise en œuvre	6
C) Présentation de l'établissement	6
CONSTATS	8
I. LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE	9
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	9
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	10
C) La communication avec les familles et le CVS.....	11
D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	12
E) Les affichages.....	14
II. LA GOUVERNANCE	16
A) La conformité aux conditions de l'autorisation.....	16
B) Le management et la stratégie	16
III. LA PRISE EN CHARGE	17
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.....	20
E) Le traitement du linge	21
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	23
A) L'encadrement des équipes.....	23
B) La situation des effectifs.....	25
C) L'organisation du travail.....	25
CONCLUSION	27
GLOSSAIRE	30
ANNEXES	31
Annexe 1 : Lettres de mission	31
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis	32

Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection.....	36
---------------------------------------------------------------------------	----

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

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

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

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission. Les éléments recueillis par voie dématérialisée le 18/02/2022 sont en cours d'analyse.

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

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 « Arpage Enghien » situé à ENGHien-LES-BAINS (95880), qui appartient au groupe ARPAVIE.

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

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 16 février 2022 à partir de 8h30 par :

Accompagnés par :

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré plusieurs salariés de l'EHPAD et quelques résidents, et a mené un entretien avec la directrice. A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice².

C) Présentation de l'établissement

Rappel de l'autorisation de l'EHPAD

Situé 1 rue Henri Dunant à Enghien-les-Bains, l'EHPAD « Arpage Enghien » est géré par le groupe ARPAVIE situé 8 rue Rouget de l'Isle – 92130 à Issy-les-Moulineaux.

¹ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

² Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

Ouvert en 1992, l'EHPAD « Arpage Enghien » dispose de 70 places en hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire et ne comprend pas de places en accueil de jour. Il ne dispose pas d'unité spécifique protégée.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 22 places.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 68 résidents. Soit un taux d'occupation de 94,4 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 720 et le PMP à 214.

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221.

Aussi, les données de l'EHPAD sont très légèrement inférieures aux chiffres médians régionaux susmentionnés.

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

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2019	13%	39%	30%	12%	6%
IDF ³	18%	40%	18%	17%	7%

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

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

CONSTATS

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

Consignes de lecture :

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

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

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

Références réglementaires et autres références

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code de la Santé Publique

Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé

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

A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	N	NC	E	Le registre sous format papier n'existe pas. La liste des sorties et entrées des résidents est informatisée et sorties le cas échéant sur un document Word. La mission d'inspection a récupéré une liste imprimée.	L_331-2 et R_331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	O			68 résidents présents le jour de la visite dont une personne hospitalisée. Soit un taux d'occupation de 94% au regard de la capacité autorisée de 72 lits Un document imprimé avec la liste des résidents a été remis à la mission d'inspection.	
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?				Il s'agit d'un travail qui est en cours et qui sera impulsé par la psychologue sur la base d'un recueil de données et d'un partage des pratiques avec le personnel.	
Taux de présence le jour J (nb PA accueillis/nb places installées) ?				19 bénéficiaires de l'aide sociale sont accueillis le jour de la visite sur une capacité autorisée de 22 places.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	N				
L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ?	C				
Combien à ce jour ?					
Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ?					

Récapitulatif des propositions :

- Prescription :

- o Assurer le suivi des entrées et sorties des personnes accueillies par le biais d'un registre légal.

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	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 ?	NC	E		<p>Selon les indications de la directrice, la visite d'admission et de préadmission systématique sont formalisées.</p> <p>Les documents réglementaires obligatoires sont remis à la famille et au résident si possible.</p> <p>L'admission est réalisée après un avis pluridisciplinaire composé de la directrice, du médecin coordonnateur, de l'IDEC et de la psychologue.</p> <p>Toutefois, l'établissement n'a pas été en mesure de produire à la mission la procédure écrite.</p> <p>Cette formalisation est inscrite dans le projet d'établissement 2021-2025 avec une date d'échéance prévue en Avril 2022.</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	C			<p>Les contrats de séjours sont signés par les résidents ou leur représentant.</p> <p>La trame du contrat de séjour comprend un document intitulé « Compte rendu de l'entretien préalable à l'admission » (annexe 3) indiquant que le consentement de la personne a été recherché.</p> <p>Certains documents sont absents des dossiers des résidents, notamment le livret d'accueil et le projet individualisé.</p> <p>Le résident se voit remettre à son arrivée : le règlement de l'établissement, la charte des droits et des libertés, et divers documents administratifs.</p>	L3114-1 et L. 3115-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGASSD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 ⁴
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'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.	NC	E		<p>La mission n'a pu vérifier l'existence des PPV qui ne figuraient pas dans les dossiers des résidents (3 consultés).</p> <p>Les projets de vie individualisés ne sont pas formalisés dans un logiciel. Ils sont en version papier et ne sont pas tous disponibles car ils sont stockés dans le bureau de la psychologue et ne sont pas accessibles en l'absence de la psychologue.</p> <p>Les projets de vie individualisés ne sont pas suivis de manière formalisée selon les professionnels rencontrés.</p> <p>Environ 50% des projets de vie individualisés seraient réalisés mais ce chiffre ne peut pas être vérifié.</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 ⁵

⁴ HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

⁵ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O C	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... ?	N	R		La participation des familles est à construire et à formaliser. La directrice précise que les familles seront associées à la mise en œuvre du nouveau projet d'établissement 2021-2025 (qui est en cours de signature et n'a donc pas pu être consulté par la mission d'inspection). Un « Temps familial » est prévu sur le planning d'animation. Il ne comporte pas d'indication sur son contenu.	L. 11104, CSP
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Formaliser la procédure d'admission ;
 - Rendre accessible, au sein du dossier médical et à tous les personnels prenant en charge le résident, les projets de vie individualisés des résidents ;
 - Transmettre aux services de la DDARS 95, dans le cadre de la procédure contradictoire, la liste des projets individualisés réalisés et en cours ;
 - Formaliser la participation des familles aux différents projets de l'établissement en dehors du CVS
- Prescription :
 - Rédiger des projets de vie individualisés pour chaque résident.

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 »)	NC	R		La directrice précise que les relations avec les familles sont informelles, sauf en cas de litige. La Directrice est très accessible pour les résidents et les familles. Ces dernières ont la possibilité de joindre et d'échanger avec elle à tout moment. Pour les questions d'ordre médical c'est l'IDEC qui est consultée. Elle précise qu'il est également difficile d'obtenir l'adhésion et la présence des familles.	L. 11104, CSP

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
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).		NC	E	Un CVS est en place mais il n'est pas opérationnel selon les professionnels rencontrés. L'équipe de la mission a récupéré les deux derniers CR de CVS (09/2021 et 01/2022). Les CR sont très succincts et ne sont pas signés par le Président du CVS.	D. 311-4 à 20

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Mettre en place un cahier de doléances / suggestions à destination des familles et des résidents et communiquer aux familles sur cette modalité ;
- Prescriptions :
 - Dynamiser le Conseil de la Vie Sociale, faire signer les CR de chaque CVS par le Président du CVS, les transmettre aux services de l'ARS et du Département et faire en sorte que le CR du CVS retranscrive l'ensemble des échanges de ces réunions.

D) La gestion des réclamations et des événements indésirables

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à l'ter avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?	N	NC	E	L'enquête de satisfaction de 2019 relève un taux de satisfaction moyen de 69%. Le taux le plus bas est de 63% et concerne la satisfaction pour le soin. Le taux le plus haut est de 82 % et concerne l'écoute et le respect. La directrice nous précise que les formations sont conduites selon les guides de bonnes pratiques du groupe ARPAVIE. Or la mission n'a pu constater actuellement les éléments pouvant attester de la réalisation des formations notamment sur la bientraitance. Selon les dires de la directrice, l'évaluation interne n'est pas récente. L'établissement dispose d'un coffre pour les objets de valeur (dans le bureau de la directrice) mais aucune procédure n'a été formalisée pour la traçabilité.	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ⁶
Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	NC	E		Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF	

⁶ HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection				Commentaires	Réf.
O I C	N/ NC	E/R			
			Plusieurs réclamations pour vol ont été effectuées auprès de l'EHPAD depuis novembre 2021. Aucun signalement n'a été réalisé auprès des services de l'ARS et du Département. Des vols ont à nouveau été dénoncés en janvier et février 2022. La Directrice travaille sur une fiche globale d'EIG sur cette thématique du vol. la fiche serait à la validation du siège ARPAVIE.	& recommandations de bonne pratique HAS	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations quid des signalements (documenter) ?	NC	R	Une procédure type du groupe ARPAVIE existe mais la mission n'a pu consulter un recueil propre à la gestion des réclamations de l'établissement. Selon les dires de la directrice, le recueil est réalisé mais la mission n'a pas pu constater de documents. Elle reconnaît que le traitement des EIG est à améliorer et fait partie de l'un des axes du nouveau projet d'établissement. Aujourd'hui, ils sont gérés de A à Z par la Directrice, avec une validation du siège ARPAVIE.		
Les réclamations font elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)	NC	R	Oui selon les échanges avec la directrice mais aucun document n'a pu être remis à la mission d'inspection pour en attester la réalisation. Selon les informations recueillies auprès de la directrice, le suivi est fait dans son ordinateur. Aucun support externe (classeur ou autres) n'a pu être consulté.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CAF et arrêté du 28/12/2016	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EIG ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	NC	R	Un suivi n'est visiblement pas établi dans la mesure où l'établissement n'a pas respecté ses engagements suite à un EIG de 2017. Suite à chute d'une résidente dans la trappe d'évacuation du linge du 1er étage jusqu'au rez-de-chaussée, le gestionnaire s'était engagé à poser des canons de sécurité pour interdire l'accès aux locaux linges sales à tous les résidents et à condamner ces trappe et mettre en place un système d'évacuation du linge par chariots. Des digicode ont bien été posés sur les portes menant aux locaux de linge sale mais les portes étaient ouvertes le jour de la visite. Par ailleurs, les trappe n'étaient pas condamnées et servent toujours en 2022 à l'évacuation du linge sale.		
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répercutés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?	NC	E	Oui. Plusieurs réclamations pour maltraitance ont été soumises aux services de l'ARS et du Département en 2020, 2021 et 2022. La directrice a décrit à la mission le dernier cas de maltraitance. Mais le recueil et le traitement de l'événement n'ont pu être observés.	Article 434-3 du Code Pénal	
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bienveillance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?	NC	R	La mission n'a pas pu constater l'existence de pratiques de bienveillance documenté. Toutefois, le climat social lors de la visite d'inspection ne faisait apparaître aucune tension. L'analyse des pratiques va prochainement être mise en place avec un comité de pilotage.		

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Mettre en place un classeur de suivi des événements indésirables et réclamations ;
 - Garantir la traçabilité du recueil du suivi du traitement des EI et des réclamations ;
 - Mettre en place l'analyse des pratiques.

- Prescriptions :
 - Mettre en place une procédure permettant d'analyser les événements indésirables graves, dont notamment les vols auprès des résidents, avec une méthode reconnue. Définir et mettre en œuvre le plan d'action issu de l'analyse. Le cas échéant mener une enquête interne.
 - Mettre en place une procédure permettant d'analyser les différentes remontées de cas de maltraitance et y remédier ;
 - Mettre en place une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance au sein de l'EHPAD.

- Injonction :
 - Condamner les trappes d'évacuation du linge sale conformément à l'engagement pris par le gestionnaire en février 2017 et veiller à fermer les portes d'accès aux locaux de linge sale.
 - Signaler sans délai les actes de maltraitance (violence physique ou psychologique, vol ..) envers les usagers, conformément à l'obligation réglementaire de déclarer les dysfonctionnements graves et les événements dont les autorités administratives doivent être informées.

E) Les affichages

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
	C	C			
Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil)	C	NC NC	NC	Un organigramme est bien affiché mais il n'est pas à jour et non nominalisé. Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché mais une indication précise que celui-ci est consultable à l'accueil. Un document de composition du CVS est affiché mais n'est pas à jour. Pas de PV de CVS PV de commission de restauration non affiché. Une enquête de satisfaction datant de 2019 est affichée. La liste des personnes qualifiées du Département est affichée.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0	N/ C	E/R	Commentaires	Réf.
□ charte des droits et libertés de la personne accueillie □ programme des animations de la semaine	C	NC		La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée. Le programme des animations affiché date de la semaine du 31/01/2022 soit il y a 15 jours. Le programme est affiché uniquement au RCH, n'est pas à hauteur d'une personne en fauteuil. Est inscrit sur une feuille A4 et manque donc de visibilité et d'attractivité. Le menu de la semaine est affiché uniquement au RCH. Un menu du jour est affiché à plusieurs endroits, mais uniquement au RCH. Rien n'est indiqué concernant des prestations L'affiche du 3977 n'est pas affichée.	
□ menus affichés à jour	C	NC			
□ tarifs et horaires des diverses prestations □ numéro 3977/ALMA		NC			

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - Mieux agencer l'affichage pour qu'il puisse être visible, lisible et attractif pour tous, aux différents étages.
- Prescription :
 - Compléter et actualiser dès que nécessaire les affichages suivants : organigramme, règlement de fonctionnement, procès-verbal signé du CVS, procès-verbal signé de la commission de restauration, programme d'animation, tarifs et horaires des prestations diverses, numéros 3977.

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

A) La conformité aux conditions de l'autorisation

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

B) Le management et la stratégie

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF?	C			Le projet d'établissement vient d'être validé en interne (ARPAVIE). Il doit maintenant être présenté au CVS et communiqué officiellement aux autorités de contrôle et de tarification.	art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?	C				art. L311-8 et D311-38)
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	C	R		Un organigramme existe mais il n'est pas exploitable. Il n'est pas nominatif et comprend du personnel du siège ARPAVIE.	
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?		R		Aucune réponse n'a été apportée à cette question.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Veiller à assurer une continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la Directrice avec l'appui du gestionnaire ;
 - Améliorer l'organigramme de l'EHPAD en le rendant nominatif et en distinguant clairement les fonctions présentes au sein de l'EHPAD et les fonctions supports assurées par le siège ARPAVIE.

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

A) L'organisation de la prise en charge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
1. L'organisation de la prise en charge					
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?				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 ?	NC	R		Des animations sont programmées en moyenne deux fois par jour. Le programme étudié sur une semaine est répétitif et peu attractif. La salle d'animation est petite, ne peut accueillir qu'un groupe restreint, et n'est pas très accueillante.	
Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ?				Lors de la visite c'est une stagiaire qui s'occupe de l'animation, l'animatrice étant actuellement en arrêt maladie. L'animatrice est une aide-soignante « détachée » sur le poste d'animateur, donc non diplômé sur cette fonction.	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	C			Ce détachement n'apparaît pas dans le dossier administratif de l'aide-soignante en question alors que la Directrice annonce la signature d'une lettre de mission. Le jour de la visite, le programme d'animation affiché avait deux semaines de retard. Aucune animation n'est proposée le week-end aux résidents. Quelques activités semblent être proposées : atelier bien être, atelier manucure, ...	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Mettre en place des animations plus variées, impliquant davantage la participation des résidents et permettant la mise en place d'animation le week-end en lien avec le reste de l'équipe de l'EHPAD ;
 - o Former l'animatrice actuelle ou recruter une personne diplômée ;
 - o Revoir l'aménagement de la salle d'animation.
- Prescription :
 - o Actualiser le dossier administratif de l'aide-soignante faisant office d'animatrice.

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 ?	C			Les douches sont inscrites dans le plan de soin de la personne âgée selon ses besoins : de 2 douches par semaine à 1 douche tous les jours.	
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 ?	C			<p>Les chariots semblent suffisamment complets pour répondre aux besoins quotidiens à chaque étage.</p> <p>Les chariots sont mal agencés, les serviettes de toilette pour les résidents sont disparates et pour certaines déchirées ou abîmées. Il n'y a pas d'atèlese à disposition des résidents.</p> <p>Selon les entretiens avec les professionnels, ils descendent une fois par semaine à la réserve chercher le stock de couches pour une semaine. Ce stock est entreposé dans des locaux de stockage à chaque étage.</p> <p>Les changes peuvent être effectuées à la demande. En dehors des demandes, ils sont effectués le malin au moment de la toilette, puis vers 16h-16h30, à 21h30 et au petit malin le cas échéant. « L'IDEC a l'œil sur les stocks de couches qui sont toujours adaptées », « il y a toujours assez de protections ».</p>	
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	C			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 ?	C				
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	NC			L'équipe d'inspection a pu constater de nombreuses portes de chambres ouvertes et des soignants ne loquant pas aux portes avant d'entrer.	
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vêtement, odeurs, ...)	NC			Malgré la présence de 1,5 ETP d'homme de maintenance, les locaux sont vétustes et semblent peu entretenus (trou dans les murs, fuite d'eau). Ils sont également sales (constat fait dans tous les sanitaires du RDC).	L'enquête de satisfaction de 2019 avait déjà mis en avant la mauvaise propreté des chambres (40% de taux de satisfaction).

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0	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 ?	C		R	Parmi les projets d'investissements 2022, la Directrice fait état des projets suivants : - Acquisition de nouveaux mobiliers pour la salle à manger principale - Rénovation de l'accueil - Réhabilitation d'un salon d'étage. L'EHPAD dispose d'une salle d'activité, d'un espace sensoriel ainsi que d'un espace balnéothérapie. Ce dernier ne semble plus être utilisé depuis le départ de la psychomotricienne.	
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	C			Seulement le lit médicalisé est compris comme mobilier dans le contrat d'hébergement, les résidents peuvent donc aménager leurs chambres comme ils veulent.	
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 ? Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel-malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	NC		NC	De nombreuses portes disposant d'un système de digicode sont ouvertes à tous les étages (poste de soins infirmiers, réserve, local vide-ordure...) ne permet pas d'assurer la sécurité des résidents. Chaque résident dispose d'un système de bracelet de téléassistance relié au téléphone de sa chambre qui fait sonner le téléphone des soignants. Aucun salarié n'est venu acquitter l'appel malade. De plus, le système en place n'est pas satisfaisant. Une fois déclenché, l'appel malade se reporte sur le téléphone de la chambre avec une sonnerie et une voix en boucle qui « agresse » les personnes âgées. Enfin, ce système ne permet aucunement de localiser la personne. Aussi, lorsqu'elle active sa montre suite à une chute aux sanitaires du RDC de l'EHPAD, l'appel malade sonne dans la chambre et indique uniquement le numéro de la chambre sur le DECT des professionnels.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - Former l'ensemble du personnel au respect de l'intimité des résidents ;
 - Se réapproprier l'utilisation de la salle de balnéothérapie et l'intégrer dans le plan de soin des personnes accueillies ;
 - Changer le système d'appel malade par un système plus moderne et moins anxiogène pour les résidents ;
 - Améliorer l'entretien et le ménage dans les parties collectives et dans les chambres de l'EHPAD.
- Prescription :
 - Veiller au bon fonctionnement du système d'appel malade et le confirmer par attestation sur l'honneur aux services de l'ARS et du Département.

D) La restauration

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
La prestation de restauration est-elle interne ou externalisée ?				Externalisée	
Le personnel de cuisine est-il formé HACCP ?				Chef cuisinier non formé HACCP	
La cuisine est-elle propre, un circuit de marche en avant est-il bien en place ?	C		R	La cuisine n'est pas propre.	
Le personnel est-il équipé de gants, charlottes, surchaussures ?				Le personnel est équipé de charlottes et chaussures mais pas de gants.	
Les horaires des repas sont-ils respectés ?				L'horaire de déjeuner est indiqué à 12h00. Le repas du midi a commencé entre 12h30 et 12h45 en fonction des étages alors que certaines étaient installées depuis 12h00. Les soignants ont indiqué ne pas avoir terminées les soins du matin à temps pour assurer un service à 12h00.	
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?	C			La dernière enquête de satisfaction (2019) fait état de plusieurs critiques sur la restauration notamment sur les thématiques suivantes : Choix des plats à chaque repas et qualité des repas. Les résidents indiquent que les desserts sont trop sucrés. Il n'y a pas d'indication de régime sur les plateaux distribués aux étages.	
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?				Le coût de repas journalier est fixé à Il comprend le petit déjeuner, le déjeuner, le dîner et les collations.	
Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?	C		R	Oui, une fois par trimestre, en présence du chef et du responsable de secteur Restauration. Il semblerait que les résidents dans les espaces salons des étages soient à l'étroit lors de leur prise de repas. La salle de principale au RCH et les salles aux étages sont sombre, et peu accueillantes.	
Les résidents interrogés aux étages ne semblent pas savoir pourquoi ils ne déjeunent pas dans la salle principale au RCH. Pas de nappe pour le service dans les étages. Dans la salle principale de restauration au RCH, de nombreuses nappes sont tachées. Il n'y a pas de serviettes de table. Le personnel met à disposition un essuie main de qualité médiocre à chaque résident tiré d'un distributeur installé dans la pièce.					
Les résidents ont-ils un menu de substitution ? Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	C			Un menu de substitution est affiché à l'entrée de la salle de restauration au RCH. Les résidents interrogés indiquent que les goûts personnels ne sont pas pris en compte dans le service du repas (aliment non consommé habituellement, intolérance digestive...). Le menu de substitution ne semble pas être proposé.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Sur un étage, il a été constaté qu'aucun choix n'est laissé au résident concernant la boisson. De la grenade est distribuée à tous les résidents sans prise en compte du goût et choix personnel. Il n'y a ni eau, ni vin à disposition.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations
 - o Améliorer la prestation restauration proposée aux résidents de l'EHPAD, veiller au respect des horaires des repas et à la prise en compte des habitudes et choix alimentaires des résidents.
- Prescription :
 - o Veiller avec le prestataire
 - à la formation HACCP des agents de cuisine.

E) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?	O			Le traitement du linge des résidents est fait en interne. Concernant les draps et les vêtements de travail, la prise en charge est externalisée (Elis).	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?	NC	R		Qui. La question du traitement du linge est récurrente avec de nombreuses pertes de linge. Un travail est amorcé depuis plusieurs mois afin de résoudre cette difficulté. Un nouveau mode opératoire a été proposé pour certaines familles avec la mobilisation par exemple d'autres professionnels que la lingère.	
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 ?	N			Le traitement du linge, et plus particulièrement l'écoute des demandes concernant le linge, fait était d'une cotation très sévère de la part des résidents et familles lors de la dernière enquête de satisfaction de 2019. Le gestionnaire ARPAVIE a fait le choix de réduire le nombre de linge sur l'EHPAD en 2021 : 2 ETP=>1 ETP Il est compris dans le prix de l'hébergement.	

Récapitatif des propositions :

- Recommandation:
 - o Trouver une solution pérenne afin d'améliorer le traitement du linge des résidents, d'éviter les pertes et de mieux répondre aux besoins des résidents et familles.

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 ⁷ , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrulement, diplôme, quotient 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. Entretien avec l'équipe de direction	C		R	Les membres de la mission n'ont pas réussi à déterminer si la Directrice était remplacée en cas d'absence.	D. 312-176-5 CASF L.315-17 CASF D315-67 à 71 CASF DGAS/ATTS4D n°2007-179 du 30/04/2007
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ? -Recrulement, diplôme, quotient de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ? -Recrulement, diplôme, quotient de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?				L'équipe administrative est composée de 2,5 ETP : la Directrice, une assistante de gestion et un mi-temps de secrétaire. Le volume de cette équipe administrative interroge dans un EHPAD de 72 places. Pour rappel, avant la déshabililitation à l'aide sociale de l'EHPAD, l'établissement comptait 3,80 ETP administratifs selon les objectifs de la convention tripartite 2010-2014 et 3,30 ETP selon le rapport de l'évaluation externe de 2014. Le constat établi par la mission le jour de la visite montre que la Directrice est très volontaire mais travaille sur tous les fronts, ce qui complique la réalisation de toutes ses missions. Par exemple : le jour de la visite, seule la Directrice était en mesure de préparer les pièces sollicitées par la mission.	D. 312-155-0 II/11 du CASF D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?	NC	R		La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments. La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	D. 312-155-0 II/11 du CASF D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
				Au sein de chaque étage, l'équipe de jour est composée d'une AS, d'une auxiliaire de vie qui assure l'entretien des locaux et procède également à des toilettes (8 à 9 toilettes) et d'une autre auxiliaire de vie qui s'occupe des petits déjeuners, de l'aide aux repas, de la vaisselle et qui procède également à quelques toilettes (5 à 6 toilettes).	

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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
-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 ?	C		R	Des réunions CODIR sont organisées mais les membres de la mission n'ont pas pu consulter les précédents CR de cette CODIR.	
-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 ^a et dossier RH type, remise de documents : RF...					
-Formations prévues/réalisées dont :					
- pratiques professionnelles,					
- 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	NC			<p>La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.</p> <p>Aucune formation sur la thématique de la bienveillance/prévention de la maltraitance n'a été proposée en 2021 malgré plusieurs réclamations sur ce thème depuis 2020.</p> <p>Les formations proposées en 2021 concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène bucco-dentaire - Gestes et soins d'urgence non-soignants - Accompagnement et fin de vie de la personne âgée - Simulation du vieillissement - Dénutrition et déshydratation - Sécurité incendie <p>Par ailleurs, le plan de formations remis à la mission pour 2021, à l'exception du tableau Excel retraçant les formations suivies, n'est pas exploitable. Il s'agit d'un document du groupe pour vanter tous les bienfaits des formations.</p> <p>Le tableau Excel remis ne précise par le nombre de professionnels formés au sein de l'EHPAD d'Enghien-les-Bains.</p> <p>La salle de pause du personnel est peu utilisée et très peu conviviale.</p>	
Espaces dédiés aux personnels	C		R		
Mode de tracabilité et de gestion des manquements professionnels ?					

Récapitulatif des propositions :

- Recommandations :
 - o Renforcer l'équipe administrative, en lien avec son niveau avant déshabillement à l'aide sociale ;
 - o Rendre plus conviviale la salle de pause du personnel ;
 - o Mettre en place un plan de formation réalisé et prévisionnel le plus exhaustif possible avec le nombre de personnes formées et leur profil.

^a 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 ...

B) La situation des effectifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	0			Cela se fait sur un tableau excel.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	0			C'est la cadre de santé.	
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?					
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 (pxx mois : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
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 ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
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 L312-1, II, 4ème alinéa, CASF et HAS ⁹
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Des fiches de tâches heuriées pour les personnels de jour ? de nuit ?				La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.	
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ?					
Entretiens avec le directeur/la DRH					

C) L'organisation du travail

⁹ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
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 ?	NC			<p>Les entretiens réalisés avec les personnes des étages montrent, à plusieurs reprises, que l'organisation actuelle et le nombre de personnel en poste ne permet pas de répondre qualitativement à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour exemple : les toilettes qui nécessitent 2 personnes dans le plan de soin sont finalement réalisées que par une personne, soit une AS soit une auxiliaire de vie.</p> <p>Par ailleurs, comme indiqué dans la partie relative à la restauration, les horaires des repas n'ont pas été respectés le jour de la visite et des résidents sont descendus en salle à manger sans avoir eu la possibilité de bénéficier d'une toilette.</p>	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?				<p>La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.</p>	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ? Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :				<p>La mission n'a pas pris connaissance de ces éléments.</p>	
- qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (régitre, logiciel) ?					

Récapitulatif des propositions :

- Prescription :
 - Retravailler les plannings et faire un point sur le recrutement des professionnels de manière à sécuriser l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, respecter leur rythme de vie et la qualité de vie au travail des salariés de l'EHPAD.

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Résidence Arpage, géré par ARPAVIE a été réalisée de façon inopinée le 16 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 gestion des ressources humaines :

Recommandations :

- o Renforcer l'équipe administrative, en lien avec son niveau avant déshabilitation à l'aide sociale ;
- o Rendre plus conviviale la salle de pause du personnel ;
- o Mettre en place un plan de formation réalisé et prévisionnel le plus exhaustif possible avec le nombre de personnes formées et leur profil.

Prescriptions :

- o Retravailler les plannings et faire un point sur le recrutement des professionnels de manière à sécuriser l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, respecter leur rythme de vie et la qualité de vie au travail des salariés de l'EHPAD.

- De gouvernance :

Recommandations :

- o Veiller à assurer une continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la Directrice avec l'appui du gestionnaire ;
- o Améliorer l'organigramme de l'EHPAD en le rendant nominatif et en distinguant clairement les fonctions présentes au sein de l'EHPAD et les fonctions supports assurées par le siège ARPAVIE.

- De prise en charge des résidents :

Recommandations :

- o Mettre en place des animations plus variées, impliquant davantage la participation des résidents et permettant la mise en place d'animation le week-end en lien avec le reste de l'équipe de l'EHPAD ;
- o Former l'animatrice actuelle ou recruter une personne diplômée ;
- o Revoir l'aménagement de la salle d'animation ;
- o Former l'ensemble du personnel au respect de l'intimité des résidents ;
- o Se réapproprier l'utilisation de la salle de balnéothérapie et l'intégrer dans le plan de soin des personnes accueillies ;
- o Changer le système d'appel malade par un système plus moderne et moins anxiogène pour les résidents ;
- o Améliorer l'entretien et le ménage dans les parties collectives et dans les chambres de l'EHPAD ;
- o Améliorer la prestation restauration proposée aux résidents de l'EHPAD, veiller au respect des horaires des repas et à la prise en compte des habitudes et choix alimentaires des résidents ;

- o Trouver une solution pérenne afin d'améliorer le traitement du linge des résidents, d'éviter les pertes et de mieux répondre aux besoins des résidents et familles.

Prescriptions :

- o Actualiser le dossier administratif de l'aide-soignante faisant office d'animatrice ;
 - o Veiller au bon fonctionnement du système d'appel malade et le confirmer par attestation sur l'honneur aux services de l'ARS et du Département ;
 - o Veiller avec le prestataire à la formation HACCP des agents de cuisine.
- De communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

Recommandations :

- o Formaliser la procédure d'admission ;
- o Rendre accessible, au sein du dossier médical et à tous les personnels prenant en charge le résident, les projets de vie individualisés des résidents ;
- o Transmettre aux services de la DDARS 95, dans le cadre de la procédure contradictoire, la liste des projets individualisés réalisés et en cours ;
- o Formaliser la participation des familles aux différents projets de l'établissement en dehors du CVS
- o Mettre en place un cahier de doléances / suggestions à destination des familles et des résidents et communiquer aux familles sur cette modalité ;
- o Mettre en place un classeur de suivi des évènements indésirables et réclamations ;
- o Garantir la traçabilité du recueil du suivi du traitement des EI et des réclamations ;
- o Mettre en place l'analyse des pratiques ;
- o Mieux agencer l'affichage pour qu'il puisse être visible, lisible et attractif pour tous, aux différents étages.

Prescriptions :

- o Assurer le suivi des entrées et sorties des personnes accueillies par le biais d'un registre légal ;
- o Rédiger des projets de vie individualisés pour chaque résident ;
- o Dynamiser le Conseil de la Vie Sociale, faire signer les CR de chaque CVS par le Président du CVS, les transmettre aux services de l'ARS et du Département et faire en sorte que le CR du CVS retranche l'ensemble des échanges de ces réunions ;
- o Mettre en place une procédure permettant d'analyser les événements indésirables graves, dont notamment les vols auprès des résidents, avec une méthode reconnue. Définir et mettre en œuvre le plan d'action issu de l'analyse. Le cas échéant mener une enquête interne.
- o Mettre en place une procédure permettant d'analyser les différentes remontées de cas de maltraitance et y remédier ;
- o Mettre en place une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance au sein de l'EHPAD.
- o Compléter et actualiser dès que nécessaire les affichages suivants : organigramme, règlement de fonctionnement, procès-verbal signé du CVS, procès-verbal signé de la commission de restauration, programme d'animation, tarifs et horaires des prestations diverses, numéros 3977.

Injonctions :

- Condamner les trappes d'évacuation du linge sale conformément à l'engagement pris par le gestionnaire en février 2017 et veiller à fermer les portes d'accès aux locaux de linge sale ;
- Signaler sans délai les actes de maltraitance (violence physique ou psychologique, vol, ...) envers les usagers, conformément à l'obligation réglementaire de déclarer les dysfonctionnements graves et les événements dont les autorités administratives doivent être informées.

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

Fait à Cergy-Pontoise, le 24/02/2022

GLOSSAIRE

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

ANNEXES

Annexe 1 : Lettres de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Saint Denis, le 15 FEV. 2022

Madame, Monsieur,

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

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

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence Arpage, situé à Enghien-les-Bains (FINESS n° 950807420) qui a été inscrit à ce programme (voir annexe 1).

Cette inspection prendra en compte l'axe suivant :

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

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

L'inspection aura lieu à partir du 16 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.

13 rue du Landy
93200 Saint Denis

- Les dispositions de l'article L. 1421-3 CSP¹ et L.133-2 CASF² s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

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

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

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France

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

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

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



Lettre de mission

A

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 :

RÉSIDENCE ARPAVIE D'ENGHien
1 RUE HENRI DUNANT
95880 ENGHien LES BAINS

Le 16 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.

Pr la Présidente du Conseil départemental
et par délégation,

Conseil départemental du Val d'Oise
2 avenue du Parc
95220 CERGY PONTOISE CEDEX

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

DOCUMENTS	VERSION DEMATERIALISEE SOLICITEE ET TRANSMISE
Sur l'organisation :	
▪ Projet d'établissement	X
▪ Règlement de fonctionnement (ou pièces équivalentes)	X
▪ Dossier administratif du directeur et notamment :	
- Délégations de pouvoir et de signature (DUD)	X
- Fiche de fonction du directeur	X
▪ Plannings des mois de janvier 2022 et février 2022	X
▪ Tableau des effectifs au jour du contrôle mentionnant les qualités et type de contrats des salariés	X
▪ Plan de formation 2021-2022	X
▪ Organigramme	X
▪ Fiches de postes des personnels	X
▪ Liste des résidents à jour (avec mention des absents)	X
RAMA	
Sur la prise en charge et les droits des usagers :	
▪ Livret d'accueil	X
▪ Plannings des douches du mois de janvier 2022 et février 2022	
▪ 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	

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)	NON	NON
B	Registre de sécurité	NON	NON
C	Registre de recueil des évènements indésirables (EI)	NON	NON
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	OUI	OUI
G	document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	OUI	OUI
H	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	NON	NON
I	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	NON	NON
J	Dossiers médicaux et de soins et dossiers de liaison d'urgence des résidents	NON	NON

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

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

- La directrice de l'EHPAD
- L'infirmière coordonnatrice
- Le cuisinier
- L'assistante de gestion
- 1 AS
- 3 auxiliaires de vie