

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « Résidence du Vexin » (EHPAD)
16 rue Gambetta, 95770 Saint-Clair-Sur-Epte
N°950807529**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_0102
Déplacement sur site le 15/02 /2022**

Mission conduite pour l'ARS par :

—

Accompagnée par

—

Mission conduite pour Département par :

—

—

—

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

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 (Cotations réalisées par les services du Département)	9
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	9
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	9
C) La communication avec les familles et le CVS.....	10
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables.....	11
E) Les affichages.....	12
II. LA GOUVERNANCE (Cotations réalisées par les services du Département) 13	
A) La conformité aux conditions de l'autorisation.....	13
B) Le management et la stratégie	13
III. LA PRISE EN CHARGE (Cotations réalisées par les services du Département)	14
A) L'organisation de la prise en charge.....	14
B) Le respect des droits des personnes accueillies	14
C) L'architecture et l'aménagement des espaces	15
D) La restauration.....	16
E) Le traitement du linge	16
IV. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS (Cotations réalisées par les services de l'ARS et du Département)	18
A) L'encadrement des équipes.....	18
B) La situation des effectifs.....	20
C) L'organisation du travail.....	21
CONCLUSION	23
GLOSSAIRE	24
ANNEXES.....	25

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

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- 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 « Résidence du Vexin » situé à Saint-Clair-sur-Epte (95770), qui appartient au groupe ORPEA.

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

Aussi, la DG ARS et 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 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 15 février 2022 à partir de 8 h 30 par

-
-
-
-
-
-

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 15 février 2022. Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré Au cours de cette demi-journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la Directrice, l'IDEC, le médecin coordonnateur, l'animatrice, la psychologue, le chef de cuisine, du personnel de l'établissement dans les étages et des résidents, mené des entretiens avec la Directrice, le chef de cuisine et l'IDEC. A l'issue de cette demi-journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice².

C) Présentation de l'établissement

Situé au 16 rue Gambetta à Saint-Clair-sur-Epte, l'EHPAD Résidence du Vexin est géré par le groupe ORPEA située 2 rue Jean Jaurès – 92800 à Puteaux.

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

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

Ouvert en 1987, l'EHPAD « Résidence du Vexin » dispose de 85 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour.

Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale (10 places).

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 73 résidents. Soit un taux de présence de 85,88 %.

Le GMP validé le 17 février 2017 s'élève à 747,47 et le PMP à 201.

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

Dépendance	Nb de résidents
Gir 1	14
Gir 2	39
Gir 3	14
Gir 4	12
Gir 5	4
Gir 6	
Total	83

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 au-dessus des chiffres médians régionaux susmentionnés concernant le GMP.

Les 83 résidents retenus dans la validation du GMP sont répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2017	16,87%	46,99%	16,88%	14,46%	4,82%
EHPAD N, 2021 ^(*)	16,87%	46,99%	16,88%	14,46%	4,82%
IDF ³	18%	40%	18%	17%	7%

(*) Pour l'année 2021, le nombre de résidents présent est de 83.

Son budget de fonctionnement 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 du Département)

A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O / C			Une liste des résidents présents le jour de la visite de contrôle nous a été communiquée, la gestion des admissions est faite via un logiciel interne que nous n'avons pas visualisé.	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	O / C			73 résidents - TO : 85,88%	
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?	O / C				
Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O / C			Information non vérifiée. Toutefois, la psychologue fait régulièrement ce suivi dans le cadre des ateliers proposés 2 fois par semaine en vue d'adapter les ateliers thérapeutiques proposés aux résidents présents.	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	O / C			7 résidents HAS et 3 personnes dont la demande d'aide sociale est en cours d'instruction.	
L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'aide sociale ?	O / C				
Combien à ce jour ?	O / C				
Sont-ils soumis à la même procédure d'admission que les résidents payants ?	O / C				

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 / C			Présentation des lieux et visite dite « commerciale » puis au bout de 15 à 30 jours bilan d'intégration avec la psychologue afin de définir le projet d'accompagnement personnalisé.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
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 explicites aux usagers ? Les annexes au livret d'accueil sont elles présentes ? désignation de la Personne de Confiance, rédaction de directives anticipées, Charte des Droits et Libertés, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des Personnes Qualifiées ? <i>Cf. Dossiers des résidents</i>	O / C				L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Cirulaire DGA/S/SD5 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 ? <i>Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes allées de préférence ou déambulantes.</i>	O / C			Le projet personnalisé de vie est préparé dans une démarche participative associant psychologue, équipe pluridisciplinaire et famille. Il est présenté aux soignants et réévalué une fois/ an voire plus si changement brusque de l'état de santé du résident.	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
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,...) ?				Non vérifié	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				Non vérifié	

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 ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>	O / C			Cahier de doléances	L. 1110-4, CSP

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 /	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	O /	C /		Sur le procès-verbal du CVS du 4/02/2021 il est indiqué qu'un CVS exceptionnel se tiendra tous les 15 jours par téléphone pour tenir informé les portes paroles des familles et des résidents	D. 311-4 à 20

D) La gestion des réclamations et des événements 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 ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O /	C /		La psychologue et la gouvernante sont référentes « bientraitance »	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ⁶
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? Quid des signalements (documenter) ?				Information non vérifiée. Toutefois, la directrice organise un point journalier à 10h (autour d'une petite collation si possible) avec les équipes, l'occasion d'échanger de manière informelle sur des points bloquants susceptibles de constituer une situation à risque. Elle organise également 1 fois par mois une réunion avec chaque corps de métier (administratif, médical, soignant, maintenance, etc.).	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 ? Quid des signalements ? (documenter)				Non vérifié	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?				Non vérifié	
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?				Non vérifié	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes,				Non vérifié	Article 434-3 du Code Pénal

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	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?					

E) Les affichages

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

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

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 /	C			art. R311-33 à R311-37
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?		NC		Le projet d'établissement date de 2013. Des groupes de travail ont été organisés en 2018 mais n'ont pas permis de renouveler le projet d'établissement. Un nouveau projet d'établissement aurait dû couvrir la période 2018-2022.	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 /	C			
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	O /	C			

Récapitulatif des propositions :

- Prescription :
 - o Rédiger un projet d'établissement après avoir réactivé les groupes de travail pluridisciplinaires

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 /	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
1. L'organisation de la prise en charge					
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?	O /				
L'établissement a-t-il mis en place des animations variées et adaptées au public accueilli ?	O /				
Si un animateur est recruté, est-il formé/diplômé ?	O /			L'animatrice est à plein temps (1 ETP), est formée et propose des activités adaptées au public accueilli, planifie ses animations en fonction des centres d'intérêt des résidents. Sollicite régulièrement la psychologue dans l'élaboration des activités proposées.	
Et accompagnement plus spécifique comme le recours aux thérapies non médicamenteuses, aux espaces bien être ou autre, à destination aussi des salariés ?	O /			Thérapies animales (méditation animale en chambre pour un résident douloureux par exemple), jardinage, travail avec le centre équestre, etc. Les soignants participent aux animations avec les résidents en fonction de leurs disponibilités.	

B) Le respect des droits des personnes accueillies

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O /	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
	C				
Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?	O /				
Les matériels (protections, gants) sont-ils en « quantité suffisante » sur les chariots et dans les lieux de stockage ?	O /				
Y a-t-il une réévaluation des besoins ? par qui est-elle réalisée ?	O /				
Qui fait les commandes ? sur quelle période ?	C				

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	O / C			Une personne se promenait librement à l'extérieur du bâtiment avec son déambulateur à roulette.	article L311-3, 1° CASF

C) L'architecture et l'aménagement des espaces

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	O / C				
L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	O		R	Forte proportion de chambres doubles (40 à 60 %). Toutefois, un projet de relocalisation dans des locaux neufs disposant essentiellement de chambres individuelles est en cours.	
Les locaux sont-ils bien entretenus ? (propreté, vétusté, odeurs, ...)	O / C			Le bâtiment est ancien mais très bien entretenu pas de marque d'usure sur les murs ni sur les portes et pas d'odeur.	
L'EHPAD dispose-t-il de salles d'activités, d'espaces bien être, d'espaces thérapeutiques ? Sont-ils utilisés ?	O / C			2 salles d'activités : la salle de restauration et une pièce attenante aménagée suite à la pandémie et intitulée « comme à la maison » où se relaie chaque semaine des groupes de 4/5 personnes qui s'occupent de leur repas etc.. supervisé par une soignante.. afin de ressouder les liens entre résidents.	
Les résidents ont-ils la possibilité d'aménager/personnaliser leurs chambres ?	O / C			Nous avons pu visiter la chambre d'une résidente qui était entièrement personnalisée hormis le lit médicalisé et son chevet. L'univers de son domicile était presque recrée.	
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 / C				
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel-malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	O			Toutefois, le système d'appel malade n'a pas été testé par la mission.	

D) La restauration

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / I / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
La prestation de restauration est-elle interne ou externalisée ?	O			La restauration est internalisée	
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			Lors de la visite de la cuisine, nous avons pu le constater et nous avons été équipés de gants, charottes et surchaussures pour la visite.	
Le personnel est-il équipé de gants, charottes, surchaussures ?					
Les horaires des repas sont-ils respectés ?	O				
La quantité et la qualité des repas semblent-elles convenir aux résidents ?	O			Suivant l'enquête de satisfaction de 2020 : 2 personnes ont répondu peu satisfait	
Existe-t-il une commission des menus, qui participe ?	O / C			Les menus sont définis par le siège par quinzaine, une commission de menu s'est tenue la veille de la visite.	
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 / C				
Les résidents ont-ils un menu de substitution ?					
Comment sont pris en considération les souhaits des résidents ?	O / C			Le Chef peut remplacer le menu défini par un repas de substitution	

E) Le traitement du linge

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / I / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
Comment est organisé le traitement du linge au sein de l'établissement ?	O			L'entretien du linge des résidents est externalisé et payé par les résidents sauf pour les bénéficiaires à l'aide sociale. Le reste est entretenu sur place (résidents à l'aide sociale/nappes/tenues des professionnels). Le linge plat est également externalisé.	
Des résidents ou des familles se sont-ils plaints de perte ou dégradation de vêtements ?	O			Nous n'avons pas relevé des plaintes de résidents sur ce point.	
Un forfait linge est-il proposé ou imposé aux résidents ?				Un forfait est proposé aux résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Ce forfait linge est-il également proposé ou imposé aux bénéficiaires de l'aide sociale ?					

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

A) L'encadrement des équipes

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Ref.
-Le jour J', la direction de l'EH PAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i>	O / C			La Directrice de l'EH PAD est présente au sein de l'établissement le jour de l'inspection. En cas d'absence programmée du directeur une astreinte est assurée par les autres directeurs notamment ceux en charge des établissements proches de l'EH PAD (Osny, Parmain...). Le remplacement est connu des équipes et fait l'objet d'une formalisation. En cas d'absence non programmée, l'adjoite ou la directrice régionale, le cas échéant, assurent l'intérim. Le diplôme de la directrice, sa délégation de pouvoir, ainsi que sa fiche de poste ont été présentés aux membres de la mission. La directrice est à plein temps sur son poste.	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?	O / C			Equipe pluridisciplinaire conforme. Elle est composée de : - Médecin - Psychologue - Membre de la direction - IDEC ou infirmière - Animatrice - Gouvernante - Secrétaires - Adjoite - Cuisine	D. 312-155-0 1111 du CASF
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ?	O / C			L'établissement dispose d'un MEDEC (0,5 ETP). Son diplôme, son contrat de travail sont consignés dans son dossier administratif (Sa fiche de poste n'est pas signée ni datée). L'extrait du casier judiciaire ne figure pas dans le dossier du MEDEC. Cependant, la liste des pièces constitutives du dossier administratif indique, par la mention « vu le », que ce document a bien été consulté par l'établissement. L'extrait de casier judiciaire est ensuite détruit.	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF

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.
				La directrice nous a indiqué que cette procédure avait été mise en vigueur afin de respecter la législation sur le traitement des données personnelles. L'astreinte médicale est régie selon un planning défini par le groupe ORPEA à l'échelon régional. En cas de besoin, le MEDEC peut intervenir également. De plus, l'établissement peut s'appuyer sur le réseau des médecins traitants qui consultent régulièrement dans l'établissement. L'établissement dispose d'une IDEC. Son diplôme, son contrat de travail ainsi que sa fiche de poste sont consignés dans son dossier administratif. L'astreinte paramédicale est régie selon un planning défini par le groupe ORPEA à l'échelon régional. De plus, en cas de besoin, une infirmière de Saint-Rémy-Lès-Chevreuse peut être sollicitée. La mission n'a pas pris connaissance de glissements de tâches entre les personnels. Au niveau régional : Chaque mois, « une réunion opérationnelle régionale » réunissant les directions des établissements est organisée par la directrice régionale sur des thématiques spécifiques. En cas de difficultés particulières, la directrice de l'établissement peut s'appuyer sur l'échelon régional et bénéficier d'un soutien perçu comme attentif et efficace. Ces échanges ne font pas l'objet de compte-rendu. Au niveau de l'établissement Il a été mis en œuvre un point d'information ponctuel, avec les collaborateurs, tous les jours à 10h00. Une réunion en équipe pluridisciplinaire est instituée tous les lundis. Chaque mois, une réunion par thématiques spécifiques (aspect médical, travaux, animation) est organisée avec les personnels concernés. 80% de ces réunions font l'objet de compte-rendu.	
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	O/ C				
Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ? -Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EH PAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?	O/ C				
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ⁸ et dossier RH type, remise de documents : RF...	O/ C			Un parcours d'intégration est prévu pour l'accueil des nouveaux salariés. Ces derniers font l'objet d'un accompagnement d'un ou deux jours, ou plus si besoin. Livret d'accueil des nouveaux salariés, accompagné des annexes suivantes : - Annexe 1 « Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) » - Annexe 2 « Liste des formations » - Annexe 3 : « Prévention des accidents d'exposition au sang »	

⁸ 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	Ref.
-Formations prévues/réalisées dont : <ul style="list-style-type: none"> - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. <i>Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>	O/ C			-Annexe 4 : Charte de confiance -Annexe 5 : Le guide Eparnant -Annexe 6 : Règlement intérieur -Annexe 7 : Charte d'utilisation informatique -Annexe 8 : Engagement d'équipe -Annexe 9 : Engagement d'ORPEA -Annexe 10 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie -Annexe 11 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante L'établissement a fourni à la mission les plans de formation 2021 et 2022. En 2021, 67 personnes ont bénéficié de formations relatives aux : <ul style="list-style-type: none"> -Pratiques professionnelles (45 personnes) ; - Bientraitance et prévention de la maltraitance (8 personnes + 4 réunions en 2021 avec les 2 référentes bientraitance dont les présences n'ont pas été tracées) ; -Bon usage des outils et équipements de travail (14 personnes). Les manquements professionnels sont consignés dans les dossiers administratifs des salariés.	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?	O/ C				

B) La situation des effectifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/ R	Commentaires	Ref.
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	O/ C		:	Logiciel métier : Ce logiciel est géré par la directrice ou son adjointe.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	O/ C			La gouvernante fait le point le matin (« atterrissage »), présence à l'accueil d'un cahier de présence et d'un bip. En cas d'absence de la gouvernante, cette tâche incombe à la directrice ou son adjointe.	
Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?	O/ C			En 2021, l'établissement présente un ratio d'encadrement réel sur la base de 70,51 résidents contre 0,558 prévu dans l'EPRD 2021. Les ratios prévus dans l'EPRD sont inférieurs au réel en raison des absences de plus ou moins 72h.	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).	O/ C			L'établissement n'a pas présenté de ratio cible 2022.	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?	O/ C			Pas d'absence non prévue le jour de la visite.	
<i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>				Au jour de la visite, 18 professionnels sont présents, soit un taux d'encadrement de 0,63.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/ R	Commentaires	Réf.
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?	O/ C			Pool de vacataire - Pôle emplois Il existe une procédure en cas d'absence : - Première étape : organisation avec les salariés présents pour combler l'attente d'un remplacement - 2 ^{ème} étape : remplacement en maximum 2h en faisant appel à une liste de vacataires préétablie Un contrat est immédiatement rédigé par la personne en charge des ressources humaines. - Dans le cas où le remplacement n'est pas possible, l'EHPAD active le mode dégradé. En cas de besoin, cette absence est discutée au point de 10h. des salariés sont en CDD.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	O/ C		R		
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?	O			Oui	L.311-3 et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa, CASF et HAS ⁹
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ?	O/ C			L'établissement a fourni toutes les fiches de poste.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Des fiches de tâches heureées pour les personnels de jour ? de nuit ?				Cependant, la mission n'a pas pris connaissance de fiches de tâches heureées.	
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? <i>Entretiens avec le directeur/le DRH</i>	O/ C			Les diplômes et contrats figurent dans les dossiers administratifs des personnels.	

Récapitulatif des propositions :

- Recommandation :
 - o Réduire le recours aux CDD conformément aux objectifs du CPOM

C) L'organisation du travail

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/ R	Commentaires	Réf.
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels et garantir une prise en charge sécurisée et bienveillante des usagers ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	O/ C			Afin de prévenir l'épuisement des professionnels, les résidents sont répartis sur les étages selon la difficulté des prises en charge. Un roulement des équipes exerçant dans les différents étages est mis en place tous les 6 mois. Ce délai de roulement peut être réduit, en fonction des besoins exprimés tant par les salariés que par les personnels.	

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.
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ?	O/ C			De plus, l'établissement met à disposition des professionnels : un coach sportif, des cours de yoga, une esthéticienne.	
Des équipes hôtelières ?	O/ C			L'organisation des plannings est gérée collectivement au sein de l'équipe pluridisciplinaire.	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	O/ C			Matin : temps de chevauchement de 15 à 30 min Soir : temps de chevauchement de 45 min à 1h 15 min de transmission sont prévues matin et soir	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?	O/ C			Les infirmières sont en charge du pilotage des transmissions. Les transmissions sont inscrites dans le « cahier des transmissions ».	

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Résidence du Vexin, géré par ORPEA a été réalisée de façon inopinée le 15 février 2022.

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

- De gouvernance :

Prescription :

- Rédiger un projet d'établissement après avoir réactivé les groupes de travail pluridisciplinaires

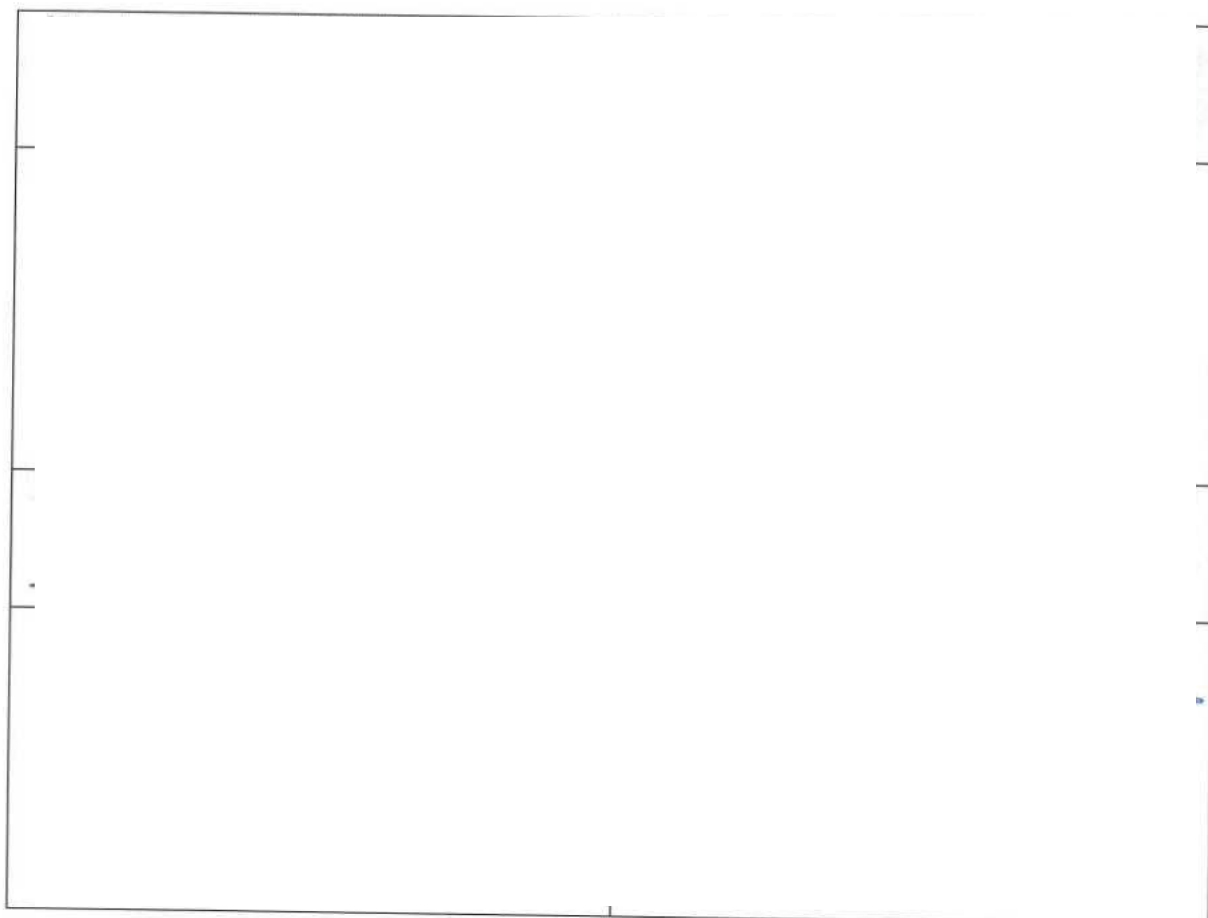
- De gestion des ressources humaines :

Recommandations :

- Réduire le recours aux CDD conformément aux objectifs du CPOM

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 reductibles
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 FFV. 2022

Madame, Monsieur,

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

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 La Résidence du Vexin, situé à Saint Clair sur Epte (FINESS n°950807529) qui a été inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte l'axe suivant :

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

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

-
-

L'inspection aura lieu à partir du 15 février 2022 selon l'organisation suivante :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EHPAD «RESIDENCE DU VEXIN »
RUE GAMBETTA LE BOIS ST CLAIR
95770 ST CLAIR SUR EPTE

Le 15 février 2022

Pour mener à bien sa mission, l'équipe aura accès aux différents locaux, entre 8 heures et 13 heures. Ce contrôle aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance ainsi que la qualité des prestations hôtelières.

L'équipe portera son attention sur le fonctionnement de la structure et mènera des entretiens avec toute personne qu'elle jugera utile. Elle pourra consulter tous documents nécessaires.

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

P/ la Présidente du Conseil départemental
et par délégation,

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

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

Documents consultés sur place par la mission

N°	Nature du document demandé	Consultation sur place	Consultés Oui / NON
A	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	OUI	OUI
B	Registre de sécurité	OUI	OUI
C	Registre de recueil des événements indésirables (EI)	OUI	OUI
D	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	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	
		Animatrice	
		Psychologue	
		Chef-cuisinier	
		IDEC	
		Auxiliaire de vie	
		Médecin Coordonnateur	