

Délégation départementale de Seine-et-Marne

<b>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Domaine de JALLEMAIN »</b> <b>28 route de JALLEMAIN</b> <b>77570 CHATEAU-LANDON</b>  <b>N° FINESS 770802031</b>	
<b><u>RAPPORT D'INSPECTION</u></b> <b>N° 2024_IDF_00262</b> <b>Contrôle sur place le 30/01/2024</b>	
<u>Mission conduite par :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne</li></ul>	
<u>Accompagnée par :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Monsieur [REDACTED], délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne, désigné personne qualifiée<sup>1</sup></li></ul>	
<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Article L.313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles</li><li>- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la Santé Publique</li><li>- Article L.1435-7 du Code de la Santé Publique</li><li>- Article L.133-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles</li></ul>

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA ;
- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

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 disjointre, 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.

Enfin :

- 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.

## SOMMAIRE

<b>Synthèse .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
Contexte de la mission d'inspection .....	5
Modalités de mise en œuvre .....	5
Présentation de l'établissement .....	6
<b>Constats.....</b>	<b>8</b>
<b>Gouvernance .....</b>	<b>9</b>
Conformité aux conditions de l'autorisation .....	9
Management et stratégie .....	11
Animation et fonctionnement des instances .....	18
Gestion de la qualité.....	19
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables .....	22
<b>Fonctions support.....</b>	<b>24</b>
Gestion des ressources humaines .....	24
Gestion d'information.....	30
Bâtiments, espace extérieurs et équipement .....	31
<b>Sécurité.....</b>	<b>33</b>
<b>Prise en charge .....</b>	<b>34</b>
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	34
Respect des droits des personnes.....	37
Vie sociale et relationnelle .....	39
Vie quotidienne. Hébergement : .....	40
<b>Relations avec l'extérieur.....</b>	<b>41</b>
Coordination avec les autres secteurs.....	41
<b>Récapitulatif des écarts et des remarques .....</b>	<b>42</b>
Écarts .....	42
Remarques .....	43
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 1 : Lettre de mission .....</b>	<b>46</b>
<b>Annexe 2 : Liste des pièces .....</b>	<b>48</b>

## Synthèse

### **Éléments déclencheurs de la mission**

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque élevé.

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

L'inspection a été réalisée le 30 janvier 2024 en mode inopiné.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces et sur place (observations et entretiens).

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE  
FONCTIONS SUPPORT  
PRISE EN CHARGE  
RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Cf. chapitre « Conclusion ».



# Introduction

## Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et/ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Le domaine de Jallemain » situé à CHATEAU-LANDON (N°FINESS ET 770802031), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

## Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée par l'ARS de Seine-et-Marne le 30 janvier 2024, sans annonce préalable à l'établissement.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

### GOUVERNANCE

- Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
- Management et stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

### FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Bâtiments, espace extérieurs et équipements
- Sécurité

### PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne et hébergement

### RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

- Coordination avec les autres secteurs

La lettre d'annonce de la mission à l'établissement figure en **annexe 1**.

La liste des documents demandés figure en **annexe 2**

## Présentation de l'établissement

L'EHPAD « Le Domaine de Jallemain » est situé 28 route de Jallemain à Château Landon (77570). L'établissement se trouve à 20 minutes de Nemours et à 25 minutes de Montargis à l'extrême sud du département de la Seine-et-Marne, en limite du département du Loiret.

L'EHPAD « Le Domaine Jallemain » (770802031) a été autorisé en 2017 par arrêté n°2016-1814 du 21 décembre 2016 du 03 janvier 2017 et est géré par l'entité dénommée SARL LE DOMAINE DE JALLEMAIN (770008737).

Sa capacité est de 100 places dont 96 places d'hébergements permanents et 4 d'hébergements temporaires. La résidence Le Domaine de Jallemain dispose d'une unité protégée pour 11 résidents dans un environnement sécurisant et permettant d'apaiser leurs troubles cognitifs.

L'établissement compte un bâtiment sur 2 niveaux

Le bâtiment, ancien hôtel, a connu plusieurs étapes de travaux dont des extensions de bâtiment.

La structure est actuellement vieillissante malgré une rénovation récente des peintures du bâtiment.

La résidence est composée d'un bâtiment principal, sur deux niveaux, avec un patio intérieur et une extension. La résidence accueille 100 résidents répartis sur 2 niveaux. Trois ascenseurs desservent les chambres et les parties communes.

Au rez-de-chaussée :



Au 1 étage :



Le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED] en date du 10/12/2021. Aussi, les données de l'EHPAD sont supérieures pour le GMP et inférieures pour le PMP, par rapport aux chiffres médians régionaux mentionnés en note de bas de page..

Les 98 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit selon le TDB ATIH 2023 :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2022	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF <sup>2</sup>	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED] € en 2023.

L'arrêté de programmation des CPOM projette sa réalisation en [REDACTED]

L'EHPAD participe à l'expérimentation « IDE de nuit ».

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2011, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD Domaine Jallemain		
Nom de l'organisme gestionnaire	SARL LE DOMAINE DE JALLEMAIN		
Numéro FINESS géographique	770802031		
Numéro FINESS juridique	770008737		
Statut juridique	Privé à but lucratif		
Option tarifaire	Forfait global		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée <sup>3</sup>
	HP	96	
	HT	4	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100		

PMP Validé le [REDACTED]	[REDACTED]
GMP Validé le [REDACTED]	[REDACTED]

<sup>3</sup> Au jour du contrôle sur place

## Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

La grille est renseignée dans la colonne « Constat » de la façon suivante :

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement



## Gouvernance

### Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation				
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><b>Principaux objectifs du contrôle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour</li> <li>- Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement</li> </ul> <p>À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation.</p> <p><b>Principales catégories de risques possibles :</b> Juridique</p>			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ?	L'EHPAD est une structure privée à but lucratif. Elle est gérée par DOMUSVI depuis sa création en janvier 2017.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ?</p> <p>Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ?</p> <p>La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?</p>	<p>L'EHPAD, dispose de 100 chambres dont une double, est conforme aux conditions de l'autorisation et de l'autorisation d'extension :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 96 places d'hébergement permanent ;</li> <li>- 4 places d'hébergement temporaire.</li> </ul> <p>L'établissement a fourni à la mission d'inspection, une liste des résidents. Cette dernière fait état de ■■■ résidents.</p> <p>L'EHPAD dispose d'une unité de vie protégée pour 11 résidents.</p> <p>Le taux d'occupation le jour de l'inspection est de ■■■%.</p> <p>Selon les plans, l'établissement propose une chambre double au premier étage. La proportion de chambres doubles est de ■■■% donc inférieure à la moyenne nationale.</p>		<p>L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</p> <p>L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation)</p> <p>R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée)</p> <p>D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". &amp; R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans)</p> <p>D312-155-0-1 CASF (PASA)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP														
					D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)														
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes – Financier																	
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 -	<p>La liste des résidents transmise dénombre 98 résidents présents dans l'établissement. Les résidents sont âgés de 61 à 101 ans.</p> <table><tr><th>GIR</th><th>GIR1</th><th>GIR2</th><th>GIR3</th><th>GIR4</th><th>GIR5</th><th>GIR6</th></tr><tr><td>%</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>La répartition en GIR est conforme aux proportions prévues à l'article D. 313-15 du CASF (de 1 à 3 GIR = % et de 1 à 2 GIR = %).</p>	GIR	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	%								D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4°(évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).
GIR	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6													
%																			

## Management et stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	<b>Management et stratégie</b>				
1.2.1.0	<b>Management et stratégie</b>	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	<b>Management et stratégie</b>	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résident ?	Un règlement de fonctionnement n'a pas été transmis à la mission d'inspection Le règlement de fonctionnement n'est présent sur aucun des panneaux de communication dans l'établissement. Dans les 3 dossiers de résident sondés, le règlement de fonctionnement signé par le résident ou son représentant est présent.	E1	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	<b>Management et stratégie</b>	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement n'a pas été transmis.	E1	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Il existe un projet d'établissement. Il est transmis à la mission d'inspection. Il couvre la période de 2022-2027. Le projet d'établissement sera suivi et révisé régulièrement, à minima une fois par an.  La mission n'a pas pu constater la validation du projet d'établissement par le CVS.	E2	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement * Bientraitance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement transmis à la mission d'inspection contient les volets suivants : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), * Présentation des enjeux et mission, * Caractéristiques des personnes accueillies, * Nature de l'offre de service et organisation, * Management de l'EHPAD, * Projet social et logistique, * Personnalisation des PVI, * Projet général de soins est inclus et détaillé dans le PE, y compris la fin de vie et les soins palliatifs ; * Bientraitance et prévention maltraitance, * Projet d'animation, * Perspectives d'évolution et de développement, * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs notamment les évaluations internes et externes.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?  Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission d'inspection.	E3	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.0	Management et stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
1.2.2.1	Management et stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ?  Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ?  L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	Le jour de l'inspection, le directeur régional, ancien directeur de l'EHPAD, a répondu aux questions de la mission d'inspection en présence de la nouvelle directrice. Elle a pris ses fonctions il y a seulement deux jours.  L'organigramme est affiché sur les tableaux de l'établissement. Ils traduisent les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il est daté.		L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ?  Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	L'établissement a transmis à la mission d'inspection un document appelé « communication au personnel » qui établit le planning des réunions : Réunion cadres Réunion avec l'ensemble du personnel Réunion pluridisciplinaire sur les procédures à mettre en place •Tous les jours à Réunion relatives aux transmissions. •Communication des CR de réunion par affichage dans le bureau des infirmiers et AS.		



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.3	Management et stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Le climat social est plutôt stable, aucun signe de conflit n'a été décelé. Il ressort des entretiens que certains personnels font le choix de travailler en CDD malgré les CDI proposés.  Il reste toutefois une problématique reconnue de la direction liée au manque de personnel. Le CSE existe au niveau associatif. Il se réunit tous les mois avec, en invitée, la directrice. Lors du CSE de décembre 2023 la direction a fixé avec les élus le calendrier des réunions pour l'année 2024 avec des points HSCT tous les deux mois.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ?  - fréquence et modalités ?  Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation  Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Le directeur régional fait le lien avec la directrice en place..  Elle a le soutien du directeur régional qui assurait le tuilage. Le directeur régional et la nouvelle directrice étaient présents lors de l'inspection.  Pour les contacts en urgence, il existe une procédure d'astreinte au sein de l'établissement.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?  Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	La directrice a pris ses fonctions à [REDACTED] Le contrat de travail [REDACTED] a été remis à la mission d'inspection. Il est signé, paraphé et daté.  La fiche de poste rappelle les fonctions de la directrice de l'établissement : - Assurer la direction de l'établissement au quotidien, - Assurer la responsabilité de la gestion administrative et de la rentabilité économique de l'établissement, - Manager les équipes pluridisciplinaires de l'établissement, - Cette fiche de fonction est conforme au document unique de délégation de pouvoirs et de responsabilité.		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice est diplômée [REDACTED] La directrice est donc détentrice d'un diplôme de niveau I		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.8	Management et stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	La dénomination d'astreintes n'est pas utilisée par l'EHPAD et l'organisme gestionnaire. Cependant une permanence interne est organisée à [REDACTED] entre les cadres de l'établissement selon un planning permanences des cadres définis. Les participants sont : [REDACTED]  Les plannings transmis à la mission d'inspection sur les mois de novembre et décembre 2023 et janvier 2024, identifient les cadres de l'établissement, et en complément les directeurs régionaux d'astreinte avec leur numéro de téléphone. Aucune procédure d'astreinte n'a été transmise.	R1	
1.2.2.9	Management et stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ?  Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	Le jour de l'inspection, la mission a été reçue par les 2 adjointes de direction en attendant l'arrivée du directeur régional et de la directrice de l'établissement [REDACTED]  Les 2 adjointes de directions assument les fonctions de direction en son absence.		
1.2.2.10	Management et stratégie	Les délégations sont-elles formalisées par écrit ?  Quel est leur contenu ?  Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	Une délégation de pouvoir est formalisée par écrit dans le document unique de délégation pour la directrice. Elle comprend : - Définition de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion technique de l'établissement - Gestion réglementaire de l'établissement - Relations avec les résidents - Gestion et animation du personnel - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les autres autorités administratives et intervenants extérieurs		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF ( contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF ( transmission et publication des délégations) D315-71 CASF ( délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.11	Management et stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	L'établissement n'a fourni aucun document permettant à la directrice de subdéléguer sa signature.	E4	D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF ( contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.12	Management et stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ?  L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	Une IDEC est en poste. Le contrat de travail [REDACTED] et la fiche de poste mentionnent les fonctions « [REDACTED] ». Elle est arrivée au sein de la structure le [REDACTED] Elle est salariée [REDACTED] dans ses fonctions.  L'IDEC est titulaire de diplôme [REDACTED]		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC ?	La fiche de poste de la IDEC est nominative et signée par les deux parties.		
1.2.2.14	Management et stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge?  Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Le précédent MedCo est parti à la retraite [REDACTED]  L'EHPAD dispose d'un médecin salarié qui assure les fonctions de médecin prescripteur et les fonctions de Med Co [REDACTED]  Le contrat de travail à durée indéterminée à temps partiel depuis [REDACTED] est réparti comme suit : ETP médecin prescripteur à hauteur de [REDACTED] mensuel, ETP MedCo pour une durée [REDACTED] mensuel.  Le médecin salarié ne souhaite pas exercer plus de temps de MedCo.	E5	D312-156 du CASF (ETP MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.3.0	Management et stratégie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel</li> <li>- Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un évènement indésirable ou une crise</li> </ul> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social – Médiatique</p>			
1.2.3.5	Management et stratégie	<p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD</li> <li><input type="checkbox"/> organigramme</li> <li><input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement</li> <li><input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS</li> <li><input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration</li> <li><input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction</li> <li><input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil)</li> <li><input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li><input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine</li> <li><input type="checkbox"/> menus affichés à jour</li> <li><input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations</li> <li><input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA</li> </ul>	Hormis le règlement de fonctionnement, l'ensemble des affichages obligatoires est présent.	E1	<p>L.311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie)</p> <p>R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)</p>

## Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Cons tats E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <p>- Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes</p>			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	<p>Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ?</p> <p>La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ?</p> <p>Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ?</p> <p>Qui ont établi les ordres du jours ? et modalités de communications ?</p> <p>Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?</p> <p>Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?</p>	<p>Selon le projet d'établissement le CVS est mis en place et se réunit 3 fois par an.</p> <p>La dernière réunion a eu lieu en janvier 2024. Le compte rendu de cette réunion ainsi que les trois derniers CR de l'année 2023 ont été transmis à la mission d'inspection.</p> <p>Sa composition est conforme à la réglementation (représentant des familles et des résidents en nombre supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil 7/12.</p> <p>Le règlement intérieur du CVS est conforme.</p> <p>Chaque résident peut participer au CVS, même si un collège de représentants est élu.</p> <p>Selon le CR du CVS du 2/01/2024 transmis à la mission d'inspection, la directrice rédige les CR et les diffuse. Les comptes rendus sont affichés dans la résidence et disponibles sur demande.</p>		<p>D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS)</p> <p>D311-5 CASF (membres minimum du CVS)</p> <p>D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille&gt;à la moitié du nombre total des membres)</p> <p>D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans)</p> <p>D311-9 CASF (président du CVS et directeur)</p> <p>D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales)</p> <p>D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions)</p> <p>D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant)</p> <p>D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)</p>
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	<p>Le CVS est-il informé des EI et des dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?</p>	<p>Le CVS est informé des dysfonctionnements au sein de l'établissement. Cependant le bilan des EI et des mesures correctrices apportées n'est pas mentionné dans les comptes-rendus.</p> <p>Dans les documents transmis à l'équipe d'inspection, se trouve une procédure EIG révisée en date du 11/07/2023 intitulée « déclarer un événement indésirable aux autorités ». Cette procédure explique le fonctionnement et l'organisation de la résidence concernant la déclaration aux autorités des EIG.</p> <p>La structure a aussi transmis des captures d'écran des événements déclarés à l'ARS.</p>	E6	R331-10 CASF (informer CVS des EI et des dysfonctionnements)



## Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité				
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référents ? Si oui, dans quel domaines ? Sont-ils connus des autres professionnels ?	L'établissement a transmis à la mission d'inspection : - une fiche de mission désignant la psychologue de la structure référent(e) bientraitance ; - deux feuilles d'émargement confirmant des sessions de formation (17/03/2023 et 24/02/2023) relatives à « l'éthique et bienveillance », « Charte des droits et libertés de la personne dépendante » et « bientraitance et prévention des risques de maltraitance au quotidien ».		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Le projet d'établissement mentionne une commission des menus, composée de résidents, des représentants des familles, du personnel de cuisine et de la direction. La commission se réunit une fois par trimestre afin de faire le point et éventuellement d'améliorer la prestation.		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

1.4.2.0	<b>Gestion de la qualité</b>	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
1.4.2.1	<b>Gestion de la qualité</b>	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ?  L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ?  Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Depuis le renouvellement de son autorisation en 2009, la dernière évaluation a été réalisée en 2016.  La prochaine évaluation externe est prévue au T4 2024.  L'établissement accompagné du groupe DomusVi a élaboré son propre référentiel sur la qualité des services proposés et sur le niveau qu'il souhaite atteindre. Le plan d'amélioration continue de la qualité n'est pas en place.	E7	L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	<b>Gestion de la qualité</b>	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Managérial			
1.4.3.1	<b>Gestion de la qualité</b>	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ?  - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels  Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ?	La formation « Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » est bien inscrit au plan de formation pour l'année 2024. Le livret d'accueil à destination des résidents mentionne la politique de bientraitance ou prévention de la maltraitance. La politique de promotion de la bientraitance est déclinée dans le projet d'établissement remis à la mission d'inspection.  L'établissement a transmis le sommaire du « kit bientraitance et éthique » diffusé dans cet établissement.  L'établissement a aussi remis à la mission d'inspection un tableau de synthèse, de classification des EI et modalités de déclaration. Les EI y sont classés par thématiques, par type d'évènements, et par indicateurs de gravité. Pour chaque classification, une procédure à suivre est déclinée.  Les éventuelles situations d'agression et de maltraitance sont reprises dans ce tableau avec la procédure correspondante.  Le numéro d'appel 3977 pour les victimes de maltraitance est affiché en plusieurs endroits de l'établissement.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'étab et rôle de l'encadrement ... », 2008



1.4.3.2	<b>Gestion de la qualité</b>	<p>Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deux personnes accueillies</li> <li>- une personne accueillie et un membre du personnel</li> <li>- une personne accueillie et une personne extérieure à la structure</li> <li>- deux professionnels</li> </ul> <p>Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?</p>	<p>Selon les éléments recueillis en entretien, les situations de violence font l'objet de compte rendu à la hiérarchie ou au sein de l'équipe.</p> <p>Il existe des procédures, cependant, la mission d'inspection n'a pas approfondi ce champ d'investigation..</p>	<p>Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit)</p> <p>Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</p> <p>L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements)</p> <p>Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)</p>
1.4.3.3	<b>Gestion de la qualité</b>	<p>Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ?</p> <p>L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?</p>	<p>Au cours de l'inspection, il a été constaté l'existence de procédures formalisées, communiquées, accessibles et mises à disposition des professionnels de l'établissement.</p>	<p>L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p>R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p>arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS</p> <p>Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</p> <p>L313-24 CASF (protection du signalant)</p>

## Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Principaux objectifs du contrôle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques</li> <li>- Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise</li> </ul> <p><u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des personnes – Juridique – Média</p>			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- enquêtes de satisfaction,</li> <li>- réclamations</li> <li>- plaintes des résidents ?</li> </ul>	<p>Les résultats des enquêtes de satisfaction sont affichés dans l'établissement.</p> <p>Les réclamations sont enregistrées sur les fiches disponibles à l'accueil.</p>		
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ?</p> <p>Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ??</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p> <p>Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?</p>	<p>L'établissement dispose de fiches de déclaration des EI mises à disposition à l'accueil.</p> <p>Une procédure classifiant les EI fixant les modalités de déclaration est en place au sein de l'établissement.</p> <p>Tous les professionnels n'ont pas connaissance de la procédure de déclaration et de classification des EI.</p>	E8	<p>L313-24 CASF (protection du salarié déclarant)</p> <p>RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008</p> <p>Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p>
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ?</p> <p>Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ?</p> <p>Des retours sont-ils faits aux déclarants ?</p>	<p>L'établissement effectue le suivi, les analyses et RetEx des EI au travers du portail mis en place par l'OG DomusVi qui vient en appui à l'établissement.</p>		<p>L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités)</p> <p>R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées)</p> <p>R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</p> <p>R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)</p> <p>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</p>

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.6	<b>Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</b>	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS, CD, Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur?	La mission constate l'existence de la procédure de signalement.  La procédure transmise mentionne les trois autorités destinataires pour les différents types de signalements.		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)
1.5.1.7	<b>Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</b>	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	La procédure transmise décline les différents types d'événements indésirables liés à la PECM.		



## Fonctions support

### Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0		Gestion des ressources humaines			
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances...</li> <li>- Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés</li> <li>- Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents</li> <li>- Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...)</li> <li>- Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme</li> </ul> <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social</p>			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- catégories professionnelles,</li> <li>- qualifications,</li> <li>- domaines,</li> <li>- quotité de travail (ETP)</li> <li>- statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...),</li> </ul>	<p>Selon les critères CPOM retenus par l'ARS IDF, les effectifs théoriques d'encadrement et de soignants sont calculés selon la capacité d'hébergement permanent autorisée pour 96 places, un PMP à [REDACTED] validé le [REDACTED] et un GMP à [REDACTED] validé le [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Selon le RUP et les plannings décembre 2023, janvier 2024 et février 2024 remis, la prise en charge au sein de l'établissement est constatée selon le fonctionnement décrit infra. Pour les IDE, les plannings de décembre 2023, janvier 2024 et février 2024 mentionnent en [REDACTED]</p>	E9	<p>D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF</p>

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
		<p>Ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE &lt; 4300 ; Charge en dépendance par AS/AES &lt; 3200 Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si &gt; 4300 cela traduit un manque Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si &gt; 3200 cela traduit un manque)</p> <p>- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ?</p>	<p>Sur les différents documents remis, [REDACTED] apparaissent pour combler les absences ponctuelles. [REDACTED] interviennent régulièrement en remplacement dans cet EHPAD.</p> <p><b>L'établissement garantit donc la présence [REDACTED] Le nombre d'IDE est donc conforme pour assurer la prise en charge en soins.</b></p> <p>Les équipes soignantes de jour totalisent [REDACTED] agents. Leur fonctionnement repose sur un roulement de [REDACTED] équipes [REDACTED] agents.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les postes sont pourvus pour la totalité en CDI [REDACTED]</p> <p>Les équipes soignantes de nuit sont constituées [REDACTED] en CDI organisées en équipe et contre-équipes [REDACTED] chacun. Aucun des agents des équipes de nuits ne dispose donc d'un diplôme d'AS.</p> <p><b>L'établissement garantit donc la présence [REDACTED] Le nombre est conforme pour assurer la prise en charge en soins. Cependant, il ne peut être vérifié la qualification de l'ensemble des aides soignantes. Les diplômes demandés n'ont pas été fournis à la mission d'inspection.</b></p> <p>Selon les fiches de tâches et les entretiens réalisés, le personnel soignant [REDACTED] Le personnel est soumis au pointage. Personnel de nuit de [REDACTED]</p>		
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p> <p>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p>	<p>Selon le RUP il y a [REDACTED] CDD, [REDACTED] apprentis qui ont été présents jusqu'au 31 décembre 2023. La structure emploie des stagiaires.</p> <p>[REDACTED] du personnel est en CDD. L'établissement recourt à un pool de vacataires en CDD long afin de combler le déficit de personnel en CDI.</p>		<p>Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe</p>



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Lors de l'entretien avec les adjointes de direction, elles énonçaient un taux d'absentéisme de █% en █ réparti comme suit : - █% pour les personnel en CDI - █% pour le personnel en CDD.  Le taux de rotation du personnel est supérieur au taux de rotation du personnel médian national.	R2	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)  Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Les personnels des équipes soignantes sont-ils détenteurs des diplômes requis ?	Les diplômes des personnels soignants des équipes de jour et de nuit ont été demandés par la mission d'inspection. Les diplômes pour les équipes soignantes de jour n'ont pas été remis à la mission d'inspection.	E10	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES) Art. L. 4311-15 et L. 4312-1 du code de la santé publique
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Managérial - Social			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe -t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?  Quels sont les thèmes des formations (bienveillance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)  Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?  Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la	L'établissement a transmis à la mission d'inspection les plans de formations réalisées en 2022, 2023 et les formations planifiées en 2024. Les formations réalisées en 2022 et 2023 sont les suivantes : - Accompagnement à la démarche palliative pour 11 agents ; - Prévention dénutrition déshydratation pour 8 agents ; - Hygiène et sécurité alimentaire pour 2 agents ; - Réactualisation AFGSU ; - Recyclage habilitation électrique.  Par ailleurs, 8 sessions de formations incendie ont été conduites en 2023. 8 autres sessions sont prévues en 2024. Le plan d'action de formation 2024 mentionne les activités de formations suivantes :		HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
		politique de formation ?  Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le parcours d'intégration infirmière cadre et responsable hôtellerie ;</li> <li>- La prévention et PEC douleur pour 4 agents ;</li> <li>- Assistant de soins en gériatrie</li> <li>- Technique de cuisine textures modifiées ;</li> <li>- Gout et saveur des plats ;</li> <li>- Humanité, en attente de planification ;</li> <li>- Tutorat EHPAD ;</li> <li>- Hygiène et sécurité alimentaire PMS ;</li> <li>- Prévention maltraitance et promotion bientraitance ;</li> <li>- Référent bientraitance ;</li> <li>- DE aide-soignant.</li> </ul> <p>Des agents sont déjà inscrits pour les formations prévues en 2024.</p>		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?  Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ?  Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	L'organisme gestionnaire DomusVi dispose d'une procédure intitulée « accueil et intégration d'un nouveau collaborateur version datée du 01/01/2023 ». Le responsable de service nomme un binôme pour accompagner le nouveau collaborateur pendant 2 jours.		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ?  Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Il existe une fiche « planning IDE et AS de jours et de nuit qui le trace les différents moments de la journée [REDACTED] : - temps de repas des résidents, - temps de soins ; - transmission équipe jour AS/IDE - transmission équipe de nuit ; - temps activité vie sociale - circuit du linge - réunion d'équipe pluridisciplinaire. La mission à travers les entretiens n'a pas pu confirmer les entretiens annuels.	R3	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESMS (HAS - 08/03/2022)



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	L'établissement a transmis le planning de l'année 2024. Les informations données en couleur n'ont pas de légende ce qui rend la lecture difficile.	R4	
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ?  Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?  Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Les plannings fournis démontrent une arrivée en décalée permettant le chevauchement des équipes et les transmissions. - Equipes soignantes : [REDACTED] - Le personnel de nuit : [REDACTED] - Les IDE [REDACTED]  Pour une semaine de lundi au dimanche : [REDACTED] avec [REDACTED] [REDACTED] de repos entre chaque.  Le jour du contrôle, selon la liste remise à la mission d'inspection les personnels suivants étaient présents :: - IDEC et deux IDE référents - Deux adjointes de direction - Le chef de cuisine et aide de cuisine - Responsable hôtellerie - Chargé d'accueil - [REDACTED] agents de maintenance - Psychologue - Animatrice - AES/S - [REDACTED] ASH/S - [REDACTED] AS/ ASD référent et ASD+ASG  La directrice et le directeur régional sont arrivés en fin de matinée.		

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	<p>Les diplômes transmis à la mission d'inspection ne concernent aucun agent appartenant aux équipes de nuit, [REDACTED]. Selon le RUP et les plannings, le fonctionnement des équipes de nuit repose sur [REDACTED] agents répartis en équipe et contre-équipe de [REDACTED] ASH chacune.</p> <p>A la lecture des plannings du personnel de nuit (janvier, février et prévisionnel de mars 2024), la mission constate la présence d'agents des services hospitaliers (ASH) qu'elle ne peut pas considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF. Aussi, en faisant participer ces personnels non-qualifiés à la prise en soin des résidents, l'établissement contrevient à l'article précité.</p>	E11	
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	<p>L'établissement a transmis à la mission d'inspection des fiches de poste pour les AS de jour et de nuit et les IDE.</p> <p>Les fiches de poste ne sont pas nominatives.</p>	R5	
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	<p>Les fiches de poste sont communes pour les AS/AES/AMP et les ASH appartenant aux équipes de soins et mentionne l'aide à la prise de traitement (délégation IDE) dans les fiches de poste : [REDACTED].</p> <p>Le glissement de tâche est donc caractérisé.</p>	E9	<p>L451-1 du CASF (agrément des formations sociales)</p> <p>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)</p> <p>R4311-1 CSP (missions IDE)</p> <p>D312-155, 2° CASF</p> <p>L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)</p>
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	<p>Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?</p> <p>Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?</p>	<p>La mission d'inspection a reçu une « procédure de remplacement pour absence inopinée » qui présente plusieurs situations avec la réorganisation correspondante au sein de la structure.</p> <p>Lors des entretiens, il a été déclaré que l'établissement utilise l'application [REDACTED] propre à [REDACTED] pour remplacer les absents.</p>		

## Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ?	L'établissement a transmis un extrait du registre des entrées et sorties des résidents. Les informations concernant l'identité du résident et les différentes dates d'entrée et de sortie y sont inscrites. La mission a constaté l'enregistrement d'événements récents dans le registre telle qu'une entrée prévue le [REDACTED] et une hospitalisation le [REDACTED]. L'établissement met régulièrement à jour le registre.		L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S)
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	La mission a vérifié par sondage trois dossiers de résidents la page de garde type mentionne tous les éléments.  Certains éléments sont pointés. Dans chaque dossier se trouvent les pièces suivantes : - Contrat de séjour signé, - Annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - Projet d'accompagnement individualisé (PAI) - Consentement, - Tutelle ou curatelle - Feuille de GIR - Le récépissé du livret d'accueil et règlement de fonctionnement - Personnes de confiance, - Directives anticipées, - Droit à l'image, CNIL  Deux des trois dossiers administratifs comportent des données médicales.	E12	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. Loi 2002-2 (Kouchner) relative aux droits et libertés



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.4.3	<b>Gestion d'information</b>	Sur quels supports retrouve-t-on le dossier médical ? (papier, informatique, ...) Comment et quand sont organisés le recueil des données de santé et leur gestion - courrier, - compte-rendu, - dossier de demande d'admission, - de visite de préadmission, d'admission et de suivi au sein de la structure,	Selon les éléments recueillis en entretien, les dossiers médicaux résidents existent en versions papier et informatique. Dans la procédure d'accueil des résidents, il est mentionné les modalités de recueil des données de santé et leur gestion. C'est le logiciel Netsoins qui est utilisé pour les transmissions.		L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP (confidentialité des informations de santé concernant le résident) Par assimilation, R1112-2 CSP (dossier médical en EDS) L. 1112-4 (PEC de la douleur et des soins palliatifs en EDS et en ESMS)

### Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	<b>Bâtiments, espace extérieurs et équipement</b>				
2.4.1.3	<b>Bâtiments, espace extérieurs et équipement</b>	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ?	L'ensemble des infrastructures de l'établissement est propre et entretenu.  L'équipe d'inspection a constaté de l'humidité, des moisissures au plafond dans certains locaux de stockage. Dans la salle de kinésithérapie, une baie vitrée est fêlée. Des murs sont enfoncés dans d'autres pièces de rangements ou stockage.  Au sein de l'unité de vie protégée, des traces d'infiltration d'eau sont visibles aux plafonds. La présence d'un système d'évacuation d'eau avec un siphon d'évier et d'un seau a été constatée afin d'éviter l'inondation de l'UVP.  Les informations recueillies en entretien confirment l'existence de ces tuyaux destinés à recueillir les eaux de pluie liées à des fuites du toit terrasse.	E13	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ?  OU l'EHPAD est-il climatisé ?	Les locaux de l'EHPAD sont climatisés		D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	Toutes les chambres sont équipées de barres d'appui au niveau de la salle de bain et d'un signal d'appel. Tous les couloirs sont équipés de barres d'appui.		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	L'entretien des locaux s'effectue avec l'aide et l'assistance d'un prestataire, DISVERSEY. Le personnel de la résidence assure au quotidien le nettoyage des chambres, des espaces communs selon les fréquences définies par le protocole.		
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Aucune chambre n'est équipée de rail.		L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire)  L4121-3 (DUERP)
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) qu'elles soient faites en interne ou externalisées <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Financiers			
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le projet d'établissement dans sa partie 3.4 Gestion du linge présente le circuit du linge du résident et la procédure applicable à sa gestion. Cette procédure mentionne le circuit du linge sale, la phase de lavage et le circuit du linge propre. Le PE évoque les différentes étapes de la prestation ainsi que leur traçabilité.		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)



## Sécurité

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.3.3	Sécurité	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	<p>La résidence dans son projet d'établissement développe une rubrique dédiée à la prévention des chutes.</p> <p>Le chapitre 5.1.2 Prévenir les risques et dépister les fragilités au point « risque chute », mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les mesures prises pour prévenir les chutes,</li> <li>- les moyens mis en œuvre telle que l'activité physique,</li> <li>- l'aménagement et la sécurisation de l'environnement,</li> <li>- l'adaptation des traitements médicamenteux et le port des compensations sensorielles.</li> </ul> <p>La mission d'inspection a constaté dans tous les lieux de circulation des barres d'appui.</p>		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurité	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	Les résidents sont équipés de bracelets anti-fugue. La résidence est équipée de portillons et d'un système de détection qui alerte lors du passage des portes.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.4.3	Sécurité	Existe-t-il des systèmes d'appel malade pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ?	<p>La mission d'inspection a constaté que dans les chambres visitées le système d'appel malade fonctionne.</p> <p>Le test effectué a permis de constater un temps de réponse de 3 minutes.</p> <p>L'établissement a communiqué le relevé mensuel des appels malades et temps de décroché pour novembre et décembre 2023. Il est constaté des temps de réponse supérieurs à 10 minutes allant jusqu'à 3h40 [REDACTED]</p>	E14	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

## Prise en charge

### Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie				
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...)</p> <p>Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ?</p> <p>Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?</p> <p>Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ?</p>	<p>Un protocole d'admission existe avec une check-list reprenant les éléments essentiels de la procédure.</p> <p>La mission n'a pas pu vérifier l'ensemble des points de contrôle.</p>		<p>(obligation cerfa DU)</p> <p>R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement)</p> <p>D312-155-1 CASF</p> <p>Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF</p> <p>HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011</p>
3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ?</p> <p>L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ?</p>	<p>Selon le protocole d'admission, lors de la préadmission le médecin coordinateur apporte un premier avis médical basé sur les éléments du dossier médical du futur résident.</p> <p>L'avis est mentionné sur le formulaire obligatoire Cerfa et dans le logiciel de soins Netsoins.</p>		<p>D312-158 2° CASF (missions du Med Co)</p> <p>D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions Med Co sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ?</p> <p>Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ?</p> <p>Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?</p>	<p>Selon le protocole d'admission, le PAI est élaboré au moment de l'admission Il est élaboré conjointement avec le résident. La famille peut être associée à son élaboration.</p> <p>Selon le protocole et les éléments recueillis en entretien confirment la participation de l'IDEC, des IDE, aides-soignantes, d'une animatrice, de la psychologue. L'équipe se réunit tous les mardis de mettre à jour partiellement les PAI des résidents.</p> <p>Les PAI sont mis à jour au moins une fois par an.</p> <p>Les mois qui suivent l'admission les équipes continuent l'observation du résident, notent au fur et à mesure dans le logiciel de soins et finalisent les évaluations. Entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois, le projet personnalité est défini et signé par l'avenant au contrat de séjour.</p>		<p>L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident ) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012</p>
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie</li> </ul> <p><u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des personnes ; Maltraitance</p>			
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci ; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temps d'expression,</li> <li>- de partage d'information ?</li> </ul>	<p>Lors des entretiens les informations recueillies permettent d'établir les réunions en place au sein de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- COPIL interne (cadres de l'établissement) tous les [REDACTED] qui fait l'objet d'un compte rendu ;</li> <li>- [REDACTED] : Réunion cadres sur les points opérationnels,</li> <li>- [REDACTED] Réunion avec l'ensemble du personnel sur les points opérationnels,</li> <li>- Affichage des points de l'annexe dans le bureau des infirmiers et AS</li> <li>- [REDACTED] : Réunion pluridisciplinaire sur les procédures à mettre en place</li> <li>- [REDACTED] : Réunion des transmissions</li> </ul>		



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qui en assure le pilotage ?</li> <li>- Existe-t-il une procédure ?</li> <li>- Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) ?</li> </ul> <p>Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?</p>	<p>Les entretiens et les fiches de taches permettent de corroborer l'existence des temps de chevauchement utiles aux transmissions écrites et orales entre les équipes.</p> <p>Pour le personnel de nuit, il y a une transmission sur [REDACTED] à [REDACTED] du matin et des transmissions orales [REDACTED]</p> <p>Pour les IDE [REDACTED] temps de transmissions existent selon les arrivées en décalé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lecture sur [REDACTED] à [REDACTED]</li> <li>- Transmission avec les autres soignants à [REDACTED]</li> <li>- Transmission entre l'IDE et l'équipe de nuit à [REDACTED]</li> </ul> <p>Selon les fiches de taches, il y a au moins [REDACTED] minutes de chevauchement entre les équipes.</p>		<p>L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p>R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique)</p> <p>R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</p>

## Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	Une fiche d'information à destination des familles informe des modalités de visite. Des espaces sont mis à la disposition des familles pour se retrouver en tout intimité avec leur proche. Il est possible pour les familles de réserver des repas pour déjeuner avec le résident.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans l'établissement et est portée à la connaissance du résident dans les annexes du contrat de séjour.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour)  Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	L'arrêté du Conseil départemental fixant la liste des personnes qualifiées est affichée dans l'établissement. L'information et les modalités de recours aux personnes qualifiées sont mentionnées dans le contrat de séjour.		L311-3, 6° CASF (info de l'utilisateur sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.5	<b>Respect des droits des personnes</b>	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ?	Le livret d'accueil « livret de bienvenue dans votre résidence » remis aux résidents informe des modalités de désignation de la personne de confiance conformément aux art L1111-6 du CSP, L311-5-1 et D311-0-4 du CASF		L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.3.0	<b>Respect des droits des personnes</b>	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes : Maltraitance			R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus)
3.2.3.1	<b>Respect des droits des personnes</b>	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	La mission d'inspection n'a pas demandé le RAMA.  En entretien, le directeur régional a précisé que 5 résidents étaient sous contentions.  Le protocole relatif aux contentions en détaille les modalités d'exécution : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué.		L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (Med Co et directeur prennent des mesure de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir)  Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000  Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »



N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.3.2	<b>Respect des droits des personnes</b>	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet...	La mission d'inspection a pu constater sur les portes des chambres la photographie de l'occupant ainsi que son nom. Le chariot de médicament comporte pour chaque pilulier la photographie du résident		

### Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	<b>Vie sociale et relationnelle</b>	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?  Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer(UVP)	Une animatrice assure les animations. L'ensemble du personnel est mis à contribution. Les activités font partie de l'accompagnement global du résident.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité+consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	<b>Vie sociale et relationnelle</b>	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement comporte le volet dédié aux animations attendu réglementairement. Il est mentionné que les animations font partie de l'accompagnement global du résident et est l'affaire de tous.		Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad ANESM 2011

## Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.1.0	<b>Vie quotidienne - Hébergement</b>	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	<b>Vie quotidienne - Hébergement</b>	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	Les chambres comprennent toutes une salle d'eau individuelle avec douche, WC et lavabo, un lit, du mobilier de rangement, ainsi que des meubles personnels si le résident le souhaite. La décoration personnalisée est constatée.		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	<b>Vie quotidienne - Hébergement</b>	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	<b>Vie quotidienne - Hébergement</b>	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Il existe une commission des menus. Elle est dédiée à la présentation du nouveau cycle des menus à chaque changement de saison.		Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.7		Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Selon les documents transmis les horaires de repas sont les suivants : Petit-déjeuner : 8h30 Déjeuner : 12h15 Gouter : 16h Dîner : 18h15 Une collation nocturne est proposée au résident entre 20h10 et 23h30 par l'AS de nuit Les repas sont affichés à plusieurs endroits de la résidence.		D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN

## Relations avec l'extérieur

### Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <p>- S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes</p>			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	<p>Groupements hospitaliers de territoire (GHT)</p> <p>La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ?</p> <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour ?</p>	<p>Selon le directeur régional des conventions sont en cours entre l'EHPAD et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le CH Sud Seine et Marne ;</li> <li>- L'équipe mobile Psychiatrie et l'HAD ;</li> <li>- L'URPS pour l'IDEL.</li> </ul>		L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Selon les documents transmis, une [REDACTED] exerce au sein de l'établissement.		R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	Selon le directeur régional, une convention d'officine est en cours avec la pharmacie [REDACTED]		L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)



## Récapitulatif des écarts et des remarques

### Écarts

Numéro	Ecarts
E1 1.2.1.1 1.2.1.2 1.2.3.5	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'EHPAD et n'a pas été communiqué à la mission d'inspection bien qu'il a été demandé, et n'est pas affiché dans l'établissement.
E2 1.2.1.4	Le projet d'établissement doit être validé par le CVS.
E3 1.2.1.6	Le plan bleu n'a pas été transmis.
E4 1.2.2.11	Le document de subdélégation de signature du directeur de l'EHPAD à ses collaborateurs n'a pas été transmis.
E5 1.2.2.14	Le médecin salarié de l'EHPAD exerce un temps de Med Co à hauteur de ■■■ ETP. Au regard des 96 places d'hébergement permanent autorisées et de la réglementation, le temps de travail réalisé par le MEDCO doit être porté 0,60 ETP.
E6 1.3.3.2	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R331-10 du CASF
E7 1.4.2.1	L'établissement doit formaliser et mettre en œuvre un plan d'amélioration continu de la qualité conformément à l'art D312-203 du CASF.
E8 1.5.1.3	Tous les professionnels n'ont pas connaissance de la procédure de déclaration et de classification des EI.
E9 2.1.1.1 2.1.4.4	L'établissement affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de 6 ETP d'ASH faisant fonction d'AS et d'AES. En affectant ce personnel non qualifié, l'établissement n'est pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. De plus, ces personnels non qualifiés pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'aide-soignant (AS) et d'accompagnant éducatif et social (AES). L'établissement contrevient ainsi aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 et aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.  Les fiches de poste sont communes pour les AS/AES/AMP et les ASH appartenant aux équipes de soins et mentionne l'aide à la prise de traitement (délégation IDE) dans les fiches de poste ce qui caractérise un glissement de tâches.
E10 2.1.1.7	Les diplômes des personnels soignants n'ont pas été transmis à la mission d'inspection.
E11 2.1.4.10	Réorganiser les équipes soignantes afin d'assurer la présence d'une AS diplômée chaque nuit, conformément à l'article D.312-155-0 du CASF (AS/AES/AMP)
E12 2.3.4.2	L'établissement doit s'assurer de la confidentialité des données médicales qui ne doivent pas figurer dans le dossier administratif du résident, ce qui contrevient à l'art L311-3 4° du CASF
E 13 2.4.1.3	Des dégradations ont été constatées dans plusieurs locaux de la résidence, y compris dans l'UVP qui présentent des fuites de toitures mal réparées. La sécurité et le bien-être des résidents n'y sont pas assurée.( article L 311-3-1er du CASF)
E14 2.5.4.3	■■■ il est constaté des temps de réponse aux appels malade excessivement longs supérieurs à 1 heure, source de maltraitance ou de mise en danger des résidents. Il est nécessaire de réaliser une analyse régulière du temps de décroché, de formaliser une procédure de bonne pratique et de la communiquer aux professionnels.

## Remarques

Numéro	Remarques
R1 1.2.2.8	Aucune procédure d'astreinte de direction n'a été transmise.
R2 2.1.1.3	Les taux d'absentéisme et de rotation sontt supérieurs à la moyenne nationale.
R3 2.1.3.1	Aucun entretien annuel n'est réalisé.
R4 2.1.4.1	En l'absence de légende, les plannings ne sont pas compréhensible pour l'ensemble des salariés.
R5 2.1.4.2	Les personnels de l'EHPAD ne disposent pas de fiches de poste nominatives.

## Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Résidence domaine de Jallemain, a été réalisée de façon inopinée le 30 janvier 2024 et le rapport a été complété à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a relevé des dysfonctionnements majeurs / importants dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivant :

### GOUVERNANCE

- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

### FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Bâtiments, espace extérieurs et équipement

### PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne – Hébergement

### RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

- Coordination avec les autres secteurs

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

Saint Denis, le 26/07/2023

L'inspectrice désignée,  
Coordonnatrice de la mission d'inspection

████████████████████



## 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** : Pôle d'activités et de soins adaptés  
**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** : Unité d'hébergement renforcée  
**UVP** : Unité de vie protégée

## Annexe 1 : Lettre de mission



Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'offre de soins et de l'autonomie

Département de l'Autonomie

Responsable de l'autonomie

Responsable adjointe :

Affaire suivie par :

Courriel

Lieusaint, le 30/01/2024

Madame, Monsieur,

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectif de réaliser, pour chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

L'EHPAD « Le domaine de Jallemain » situé 28 route de Jallemain à Château-Landon (N°FINESS ET 770802031) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, permettant de vérifier les points suivants :

- La gouvernance ;
- Les fonctions supports ;
- La prise en charge ;
- Les relations avec l'extérieur.

La mission débutera à compter du 30 janvier 2024 à 7 heures et sera assurée par :

Les inspections seront réalisées selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP<sup>1</sup> et L.133-2 du CASF<sup>2</sup> s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que les membres de la mission jugeront utiles de rencontrer.

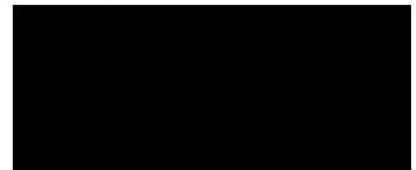
À l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

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. Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

P/ La Directrice générale  
de l'Agence régionale  
de santé d'Île-de-France



**Valérie MARIE**

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

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

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





## Annexe 2 : Liste des pièces

GOUVERNANCE : <i>Equipe de direction</i>		
1	L'organigramme et la photographie de son affichage au sein de l'établissement.	
2	Le diplôme(s) du directeur de l'EHPAD	
3	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du directeur de l'EHPAD	
4	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD	
5	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD	
6	Document unique de délégation du directeur	
7	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS	
8	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS	
9	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS	
10	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS	
11	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO	
12	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO	
13	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO	
14	La fiche de poste du MEDCO	
15	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction du M-1, M et M+1 avec légende explicative	
16	La procédure et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	
17	Planning des CSE 2023 et les 3 derniers compte-rendu CSE (3 derniers) – Planning prévisionnel pour 2024	
FONCTIONS SUPPORT : <i>Gestion des ressources humaines</i>		
18	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	
19	Liste du personnel présent le jour de l'inspection	
20	Liste personnel médical, paramédical et soignant en CDI (document à remplir par l'établissement)	
21	Le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois (au format tableur : EXCEL ou Libre office CALC)	
22	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI et en CDD (hors personnel cadre)	
23	Tous les diplômes du personnel soignant, de nuit, en CDI, vacataires ou CDD (AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	
24	Tous les diplômes des IDE en CDI en CDD ou interim (hors IDEC/CDS)	
25	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical en CDI (médecin prescripteur, pharmacien...)	
26	La liste des agents en cours de formation qualifiante et leur attestation d'inscription à la formation qualifiante	
27	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant en CDI	
28	La procédure d'accueil et d'accompagnement spécifiques au personnels vacataires, en CDD et en Intérim	
29	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (AS/AES/AMP/AUX et IDE/IDEC) + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés	
30	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	
31	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des ASH	

32	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	
33	Plans de formations réalisés en 2022, 2023 avec attestations des formations suivies et plan de formation de l'année 2024	
34	Planning de soins d'une IDE et d'une AS de jour et de nuit	
35	Protocole de surveillance des résidents la nuit	
<b>PRISE EN CHARGE : Vie quotidienne, hébergement</b>		
36	Registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies	
37	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (format excel)	
38	Plan des locaux avec les numérotation des chambres et affectations des différentes pièces	
39	Contrat de maintenance SSI	
40	Calendrier de formation sécurité incendie	
41	Protocole d'admission	
42	Procédure d'enregistrement et de communication aux autorités de contrôle et tarification des EIG dont ceux liés aux soins et réclamations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclarations,</li> <li>- Extraction copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôles et plans d'actions correctives mis en œuvre (N et N-1)</li> </ul>	
43	Mode de communication des procédures au personnel et liste d'émargement justifiant de la prise de connaissance par le personnel.	
44	Liste des formations relatives à la bientraitance effectuées sur l'année N et N-1 et N-2 et nombre de personnel formé ayant participé à ces formations (attestations de formation)	
45	Relevé mensuel (novembre et décembre 2023) des Appels malades et temps décroché	
46	Procédure d'utilisation et réévaluation des contentions	
	<b>Outils de la loi 2002-2 :</b>	
47	Livret d'accueil	
48	Règlement de fonctionnement de l'Etablissement	
49	La charte des droits et libertés de la personnes accueillies	
50	Liste des personnes qualifiées	
51	Contrat de séjour	
52	CVS – règlement intérieur	
53	Projet d'établissement	
54	Planning des CVS 2023 et les 3 derniers compte-rendu CSE (3 derniers) – Planning prévisionnel pour 2024	