

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE
EHPAD DU PAYS DE MONTEREAU
1 bis rue Victor HUGO, 77875 MONTEREAU-FAULT-YONNE
N° FINESS : 770809218**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2024_IDF_00568
Contrôle sur pièces du 22 juillet 2024**

Mission conduite par

- [REDACTED] la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du Code de la Santé Publique.

Accompagnée par

- [REDACTED] chargée de contrôle désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la Santé Publique.

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la Santé Publique
- Article L.1435-7 du Code de la Santé Publique

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

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 :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire du contrôle 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

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement	6
Constats	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	12
Fonctions support	13
Gestion des ressources humaines	13
Sécurité des personnes	15
Prises en charge	16
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	16
Récapitulatif des écarts et des remarques	17
Conclusion	18
Glossaire	19
Annexes	20
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	20
Annexe 2 : Liste des documents demandés	23

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 restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé par l'ARS en mode annoncé. Le Conseil départemental a été informé du ciblage.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce.

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
2. Management et stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances

FONCTIONS SUPPORT

4. Gestion des ressources humaines
5. Sécurité des résidents

PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

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 du Pays de Montereau, situé au 1 bis rue Victor HUGO, 77875 Montereau-Fault-Yonne, N° FINESSE 770809218, 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 restant à contrôler dans le cadre de ce plan :

- Prioritaires pour la signature du CPOM
- Et classés dans une catégorie de risque faible, ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
2. Management stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances

FONCTIONS SUPPORT

4. Gestion des ressources humaines
5. Sécurité des résidents

PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 22 juillet 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Un e-mail a été transmis à la direction le 21 juin 2024, auquel étaient joints :

- La lettre de mission où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle ;
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours) ;
- Les modalités opérationnelles :
 - o de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux> qui a été utilisé pour la transmission des documents ;
 - o de dépôt de documents (éléments probants).

La composition de la mission figure en p.1 du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 1**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

Le Conseil départemental a été informé du ciblage.

9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD du Pays de Montereau	
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne	
Numéro FINESS géographique	770809218	
Numéro FINESS juridique	770021152	
Statut juridique	Public hospitalier	
Option tarifaire	Globale	
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui	
GMP en vigueur	[REDACTED]	
PMP en vigueur	[REDACTED]	
Capacité autorisée de l'établissement	Type	Nombre
	HP ³	160
	HT ⁴	Non concerné
	PASA ⁵	14
	AJ ⁶	Non concerné
	UHR ⁷	Non concerné
	UPHV ⁸	Non concerné
	PFR ⁹	Non concerné
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	160	

³ Hébergement permanent.

⁴ Hébergement temporaire.

⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés.

⁶ Accueil de jour.

⁷ Unité d'hébergement renforcée.

⁸ Unité pour les personnes handicapées vieillissantes.

⁹ Plateformes d'accompagnement et de répit.

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

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

Remarque : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé.

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP																		
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ?	O / C				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) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)																		
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	O / C				Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)																		
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?	O / C		<p>A la date du contrôle, [REDACTED] résidents sont présents au sein de l'EHPAD et suivant leur niveau de GIR, on comptabilise :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau GIR</th> <th>GIR 1</th> <th>GIR 2</th> <th>GIR 3</th> <th>GIR 4</th> <th>GIR 5 et 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre résidents</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </tbody> </table> <p>[REDACTED] résidents sont en attente de leur GIR</p>	Niveau GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	Nombre résidents	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	T	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		<p>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"</p> <p>D312-158, 2° (avis du MEDCO à l'admission), 4°(évaluation par le MEDCO de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique)</p> <p>R.314-170 à R.314-171-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif à l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées.</p>
Niveau GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6																				
Nombre résidents	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																				
T	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																				

Management et stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement	O	NC	La mention relative aux personnes qualifiées ne précise pas l'arrêté en cours dont l'établissement doit être en possession.	E1	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.5	Management et stratégie	Le projet d'établissement Le projet général de soins est-il élaboré et intégré au PE ? Intègre-t-il un volet relatif aux soins palliatifs ?	O	NC	Le projet d'établissement date de 2022 et n'indique pas la liste des personnes qualifiées du département, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.	E2	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) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) 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 ?	O	NC	Le plan bleu transmis n'est constitué que du volet canicule.	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, modifié 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.
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 ?	O / C				L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circulaire 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 responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.7	Management et stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	O / C				D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (établissements publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?	O				

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.10	Management et stratégie	Les délégations sont-elles été formalisées par écrit ?	O / C				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)
1.2.2.12	Management et stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ?	O / C				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 ?	O / C				
1.2.2.14	Management et stratégie	Existe-t-il un médecin coordonnateur (MEDCO) ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Est-ce-que la quotité d'ETP est conforme à la réglementation ?	O / C	N / C	Le contrat du MEDCO transmis n'indique pas sa quotité de temps de travail et il existe une discordance sur le temps de travail. - il est indiqué sa fiche de paie, un temps de travail à 80% ; - sur le tableau des effectifs rempli par la direction, il est inscrit ■■■■ ETP.	E4	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)
1.2.2.15	Management et stratégie	Qualification, diplôme, fiche de poste ou lettre de mission du MEDCO	O / C		Le MEDCO dispose d'un diplôme interuniversitaire en ■■■■ d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ■■■■ et d'un diplôme interuniversitaire en ■■■■		D312-157 CASF (diplôme MEDCO) et D312-159-1 CASF (contrat du MEDCO) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MEDCO)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Conseil de la vie sociale	O / C				D311-4 à D311-20 CASF
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	O / C				R331-10 CASF

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Conformité de l'équipe pluridisciplinaire		NC	<p>La mission constate à la date du contrôle que l'établissement affecte pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents, l'effectif soignant permanent suivant en équivalents temps plein (ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■■■■■ ETP d'AS en CDI/titulaire dont 2 ASG ; - ■■■■■ ETP d'AES/AMP en CDI/titulaire ; - ■■■■■ IDE, dont IDEC, en CDI/titulaire. <p>La mission n'a pas été en mesure d'exploiter les plannings transmis du fait d'un document de légende incomplet ne mentionnant pas l'ensemble des codes utilisés.</p> <p>La mission informe l'établissement que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.</p> <p>Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■■■■■ AS/AES/AMP et l'établissement compte ■■■■■ AS/AES/AMP/ASG - ■■■■■ IDE et l'établissement compte ■■■■■ IDE <p>Les plannings n'étant pas exploitables, la mission ne peut garantir la conformité de l'équipe pluridisciplinaire affectée au soins des résidents.</p> <p>En conclusion : La mission constate un manque de ■■■■■ ETP dans l'équipe des IDE et de ■■■■■ TP dans l'équipe des AS/AES/AMP.</p>	E5	D312-155-0 du CASF L.311-3 1°, 3° CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L4391-1 du CSP RBPP HAS : Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022 ¹⁰ .
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?			<p>Selon le tableau de bord de la performance 2023, l'établissement indique un taux d'absentéisme de ■■■■■ et un taux de rotation du personnel est de ■■■■■</p> <p>Comparativement à ceux de l'année 2022, ces taux sont en diminution (taux d'absentéisme de ■■■■■ et taux de rotation de ■■■■■)</p>		L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (taux de remplissage minimum du tableau ANAP = 90 %)

¹⁰ Pour assurer la continuité des soins, et *a fortiori*, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable et repose notamment sur la présence d'agents en contrat pérenne (CDI/titulaire et CDD long) majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation ?	O / C				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
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?	O / C				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 »)
2.1.4.5	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 ?		NC	Les fiches de poste transmises indiquent l'organisation suivante : - AS en UPAD AS du matin en UPAD : ██████████ AS de l'après-midi : ██████████ AS nuit : ██████████ - AS hors UPAD AS du matin : ██████████ ██████████ 7H10 (XXX /pause 30 min/ XXX) - IDE IDE : ██████████ - PASA ASG: ██████████ L'exploitation des fiches de poste n'a pas permis de déterminer l'organisation de la planification des professionnels la semaine, le repos entre deux postes, le temps de travail sur une période et l'effectif présent au jour du contrôle. En effet, il n'est pas possible à la mission d'effectuer une lecture corrélée entre le planning et les fiches de postes transmises.	E5	L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées ?	O				
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Glissement de tâches			En absence d'exploitation du planning, la mission ne peut garantir l'absence d'un éventuel glissement de tâches.	E5	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) 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) R4311-1 CSP (missions IDE)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
							D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?	O / C		Il existe une procédure de remplacement gérée par une cellule dénommée cellule absentéisme (consultation des disponibilités du personnel de cinq agences d'intérim). La cellule absentéisme se charge du remplacement du personnel manquant : anticipation de remplacement si absence prévue ; recherche de disponibilité et élaboration de contrat. L'EHPAD utilise également une plateforme dédiée au remplacement qui regroupe un réseau de personnes volontaires indiquant leur qualification et disponibilités.		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont les qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou le week-end ?	O / C		Des IDE de nuit interviennent au sein de l'établissement (convention ■■■ et l'ensemble des ■■■ AS de nuit répertorié au planning de juillet est diplômé.		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

Sécurité des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.4.3	Sécurité des personnes	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	O / C				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".

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Conformité réglementaire des demandes d'admission	O / C				(obligation cerfa DU) R311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D312-159-2 CASF et D312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Commission de coordination gériatrique (CCG)		N / NC	Aucun compte rendu de coordination gériatrique n'a été transmis. L'absence de CCG contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.	E6	D312-158, 3° (MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF. Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ?	O / C		Le contrat en date du 10 mars 2022 du médecin prescripteur recruté à ■ETP au sein de l'EHPAD a été fourni à la mission. La direction de l'établissement a indiqué qu'il n'y a pas de médecin traitant libéral qui exerce au sein de l'établissement.		R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Séjour, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil	O / C				L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	
E1 1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation.
E2 1.2.1.5	Le projet d'établissement n'est pas conforme aux attendus requis (absence de liste des personnes qualifiées).
E3 1.2.1.6	La plan bleu transmis n'est constitué que par le volet canicule.
E4 1.2.2.14	Le contrat du MEDCO transmis n'indique pas sa quotité de temps de travail et il y'a une discordance du temps en ETP sur 2 supports ■■■% sur sa fiche de paie et ■■■ sur le tableau des effectifs rempli par la direction).
E5 2.1.1.1 2.1.4.4 2.1.4.5	L'Insuffisance d'effectif soignant permanent (manque de ■■■ETP dans l'équipe des IDE et de ■■■ETP dans l'équipe des AS/AES/AMP). L'absence de légende n'a pas permis une exploitation des plannings transmis. La mission n'a pas pu déterminer l'organisation de la planification du personnel. En absence d'exploitation du planning, la mission ne peut garantir l'absence d'un éventuel glissements de tâches
E6 3.1.4.4	L'absence de commission de coordination gériatrique.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Du Pays de Montereau, géré par le Centre Hospitalier Sud Seine-et-Marne a été réalisé le 22 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

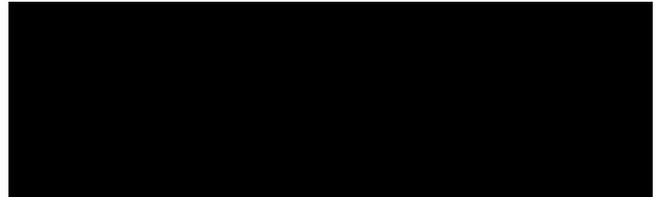
- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions d'autorisation
 - o Animation et fonctionnement des instances
- Fonctions support
 - o Sécurité des personnes
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

Elle a cependant relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
 - o Management et stratégie : contenu du projet d'établissement, contenu du plan bleu et quotité de travail du MEDCO.
- Fonctions support
 - o Gestion des ressources humaines : insuffisance d'effectif soignant permanent.
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : manque de commission de coordination gériatrique.

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

Lieusaint, le 30 juillet 2024



Glossaire

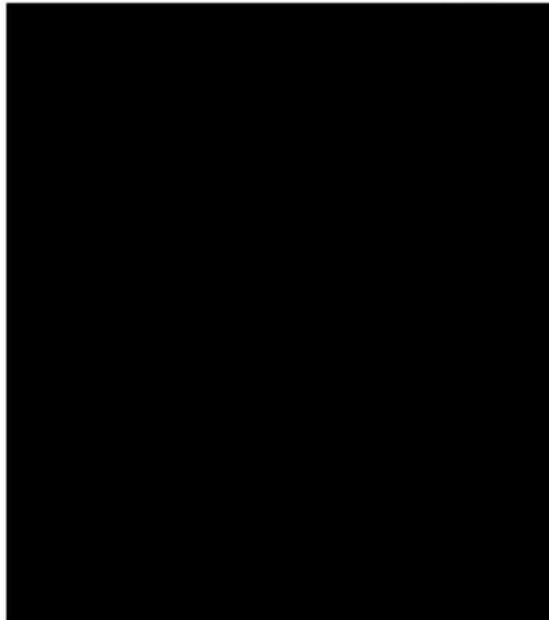
AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
AES : Accompagnant éducatif et social
AUX : auxiliaire de vie
C : conforme
NC : non-conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
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
ERRD : Etat réalisé des recettes et des dépenses
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDCO : 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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Seine-et-Marne
Politique de l'offre de soins et de l'autonomie
Département de l'Autonomie
Responsable de l'Autonomie [REDACTED]
Affaire suivie par [REDACTED]
Courriel : ars-d77-etab-medico-social@ars.sante.fr



Lieusaint, le 20/06/2024

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.

Les informations connues de l'ARS et la programmation des négociations de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des EHPAD franciliens ont conduit à l'inscription des établissements listés en **annexe 1** dans la programmation des contrôles à réaliser à ce titre par la délégation départementale de l'ARS en Seine-et-Marne à partir du 20 juin 2024.

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, portant sur plusieurs thématiques suivantes :

- Conformité aux conditions d'autorisation
- Management & stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion des ressources humaines (RH)
- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

Les missions seront réalisées sur pièces (contrôles).

Chaque mission sera assurée par un ou plusieurs des inspecteurs suivants :



Vous pourrez être accompagnés pour la réalisation des contrôles par [redacted] personnes qualifiées désignées au titre de l'article L.1421-1 du CSP, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne.

Les contrôles seront réalisés en mode annoncé, avec information préalable de l'établissement par courrier doublé par un e-mail adressé au responsable de la structure.

Les éléments à analyser permettant le contrôle seront à transmettre à l'ARS en format numérique par l'établissement via la plateforme <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>.

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à l'accomplissement des contrôles.

A l'issue de chaque mission, un rapport me sera remis dans un délai de deux mois à compter de la fin de la réception des documents demandés. 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 code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

¹ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 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. »

Le Conseil départemental sera informé et rendu destinataire des documents validés à chacune des étapes-clés du processus de contrôle (ciblage, rapport et courrier d'intention, courrier de décisions).

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

P/le Directeur général
de l'Agence régionale de santé



13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77587 LIEUSAIN Cedex
Téléphone : 01 78 48 23 00
www.ars.iledefrance@ars.sante.fr

Annexe 2 : Liste des documents demandés

GOUVERNANCE <i>Conformité aux conditions d'autorisation</i>	
1	Le tableau de suivi mensuel, N-1 et N, des taux d'occupation de chaque activité (hébergement permanent et, le cas échéant, accueil temporaire, PASA, UHR, UPHV...)
2	Le cas échéant, le projet spécifique du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)
3	Le cas échéant, le dernier programme d'activités du PASA
4	Le cas échéant, la convention de coopération du PASA
5	Le cas échéant, le projet spécifique de l'unité d'hébergement renforcée (UHR)
6	Le cas échéant, le dernier programme d'activités de l'UHR
7	Le cas échéant, le tableau du personnel des unités PASA et UHR (document à remplir par l'établissement)
8	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neurodégénératives et assimilées du personnel
9	Le rapport annuel d'activité médicale N-1 (RAMA)
GOUVERNANCE <i>Management et stratégie</i>	
10	Le règlement de fonctionnement
11	Le projet d'établissement
12	Le plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
13	La liste des résidents avec GIR par chambre et nombre de soignants en ETP (document à remplir par l'établissement)
14	Le compte rendu du dernier CSE (ou CTE et CHSCT)
15	Le rapport d'activité annuel de l'EHPAD N-2 et N-1 et, le cas échéant, N
16	L'organigramme de l'établissement et la photographie de son affichage dans l'établissement
17	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du directeur de l'EHPAD
18	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) ou l'Arrêté de nomination du directeur de l'EHPAD
19	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD
20	Le document unique de délégation ou la lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD
21	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS
22	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS
23	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS
24	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS
25	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO
26	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO
27	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO
28	La « fiche détaillée des données RPPS » du MEDCO
29	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction de juillet, août et septembre N-1 et, le cas échéant, N
30	La procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)

GOUVERNANCE <i>Animation et fonctionnement des instances</i>	
31	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)
32	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [prénom-nom], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)
33	Les comptes rendus N-2, N-1 et, le cas échéant, N du CVS
34	Le dernier rapport d'activité annuel du CVS
FONCTIONS SUPPORT <i>Gestion des ressources humaines</i>	
35	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir
36	Le personnel médical, paramédical et soignant (document à remplir par l'établissement)
37	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois
38	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI/Titulaire (hors personnel cadre)
39	Les contrats de travail signés de l'ensemble du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS en CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces)
40	Tous les diplômes du personnel soignant de jour et de nuit (AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS de nuit en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces)
41	Tous les diplômes des IDE en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces) (hors IDEC/CDS)
42	Le cas échéant, tous les diplômes du personnel paramédical salarié en CDI/Titulaire (ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute...)
43	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical salarié en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces) (médecin prescripteur, pharmacien...)
44	L'extrait du plan de formation N-2, N-1 et N
45	La liste des agents en cours de formation qualifiante ainsi que leur attestation d'inscription à la formation qualifiante
46	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant
47	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés
48	La fiche de poste jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
49	La fiche de poste jour et nuit par horaires des ASH
50	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
51	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
FONCTIONS SUPPORT <i>Sécurités</i>	
52	Relevé mensuel (mai et juin 2024) des appels malades et temps décroché
PRISE EN CHARGE <i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>	
53	La procédure complète d'admission des résidents (avant, pendant et après)
54	Le(s) compte(s) rendu(s) N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique (CCG)
55	La/les feuille(s) d'émargement N-2 et N-1, le cas échéant N, de la CCG
56	La liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux (document à remplir par l'établissement)
57	Les contrats types/conventions signés par les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement (médecin(s) traitant(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), orthophoniste(s), pédicure-podologue(s)...))
58	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement
59	Le livret d'accueil
0	La photographie de l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie