

Direction départementale de Seine-et-Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « BACCARA » (EHPAD)
6 rue de Mirvaux 77 970 PECY
N° FINESS : 77 000 134 5**

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_00268
Déplacement sur site le 15/11/2022

Mission composée de :

- [REDACTED] désignée en qualité d'inspectrice par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;
- [REDACTED] chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- [REDACTED] chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- [REDACTED] chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Textes de
référence

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

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

- Le rapport d'inspection est communicable aux tiers une fois réceptionné 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 ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

- *dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable* ;
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice* ;

- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

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

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

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1.1 Contexte de la mission d'inspection	7
1.2 Modalités de mise en œuvre	7
1.3 Présentation de l'établissement.....	7
CONSTATS	9
1 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITÉ DES EFFECTIFS PRÉSENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUÉ, ABSENTÉISME, RECOURS À L'INTÉRIM, FORMATIONS	10
1.1 L'encadrement des équipes.....	11
1.2 La situation des effectifs	15
1.3 L'organisation du travail	18
2 LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE	20
2.1 Le nombre et le profil des résidents accueillis	21
2.2 Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents	22
2.3 La communication avec les familles et le CVS.....	26
2.4 La gestion des réclamations et des événements indésirables	27
3 DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE.....	29
3.1 Les prestations hôtelières.....	30
3.2 L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique	34
4 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE	35
4.1 Les locaux et installations dédiés aux soins.....	36
5 RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES.....	38
CONCLUSION	39
GLOSSAIRE	40
ANNEXES.....	43
Annexe I : Lettre de mission	43
Annexe II : Lettre d'annonce.....	45
Annexe III : Liste des documents demandés et des documents transmis	46
Annexe IV : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection	51

SYNTHÈSE

Éléments déclencheurs de la mission

Le Gouvernement a lancé en février 2022 un programme d'inspection et de contrôle des EHPAD qui s'est ensuite traduit par une nouvelle Orientation Nationale d'Inspection – Contrôle (ONIC) validée le 8 juillet 2022 et intitulée « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans (2022 – 2024) ».

La présente inspection s'inscrit dans ce cadre. Elle est diligentée par la Directrice de la Délégation départementale de l'ARS en Seine-et-Marne.

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

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD ;

Il a été demandé de fournir dans la matinée les documents suivants :

- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux.
- Le dernier rapport annuel d'activité médicale,
- La liste des résidents sortis depuis décembre 2021 ;

- Les procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins.

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission. La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection puis lors des échanges postérieurs.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Le contrôle a identifié plusieurs écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles et notamment :

- Un dysfonctionnement majeur du système d'appel malades ne garantissant pas la sécurité des résidents ;
- Le projet d'établissement et la formalisation d'une démarche qualité sont inexistantes ;
- La fonction de la coordination médicale et de l'accompagnement psychologique ne sont pas assurées ;
- L'élaboration, l'évaluation et l'actualisation des projets d'accompagnement personnalisés des résidents ne sont, à ce stade, qu'à l'état de projet ;
- Le recueil et le suivi des événements indésirables sont absents
- Un défaut d'information relatif à liste des personnes qualifiées et au n° d'appel 3977
- Les dossiers salariés sont incomplets ;
- Le plan de formation 2022 est inexistant ;
- Il existe un glissement de tâches de l'équipe soignante vers la fonction cuisine ;
- Le tableau de bord de la performance n'est pas renseigné depuis 2017 ;
- Le registre légal des entrées et des sorties n'est pas tenu à jour ;
- Le circuit du traitement du linge en compromet l'hygiène ;
- Le poste de soins infirmiers est inadapté à l'exercice des soins

INTRODUCTION

1.1 Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale de Seine et Marne de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a été destinataire de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « BACCARA » situé à 6 rue Mirvaux à PÉCY (77 970), dont le titulaire de l'autorisation est le groupe Bridge Gestion.

La présente inspection s'inscrit dans le cadre du plan EHPAD 2022-2024.

Elle est diligentée par la Directrice de la Délégation départementale de l'ARS en Seine-et-Marne.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

1.2 Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée de :

- Madame FOUASSIER, désignée en qualité d'inspectrice par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;
- Madame BALIMA, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- Madame PUGLIESE, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- Madame YVARS, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 15 novembre 2022 de 8h30 à 19h15.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Elle a rencontré la directrice régionale du groupe Bridge présente dans l'établissement, la directrice opérationnelle du siège gestionnaire, l'infirmière coordonnatrice régionale, la directrice de l'EHPAD Les deux moulins à Monthyon, venues sur site dans la matinée. Il a été mené des entretiens avec la directrice régionale, l'infirmière coordonnatrice régionale et ainsi qu'avec deux aides-soignantes. A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la direction². La mission a recueilli certains des documents demandés remis sur une clé usb le 15/11/2022. Aucun document complémentaire n'a été transmis dans le délai d'une semaine accordé par la mission.

1.3 Présentation de l'établissement

Situé au 6 rue Mirvaux à PÉCY, l'EHPAD « Baccara » offre une capacité d'hébergement permanent de 27 places.

A sa création par la SARL « Baccara », la maison de retraite avait été autorisée par arrêté du Président du Conseil général de Seine-et-Marne en date du 21 mars 1995, à raison de 21 lits. L'établissement a reçu une autorisation définitive de fonctionnement le 16 juin 1998.

En 2006, un arrêté conjoint Préfet/PCD77 autorisait à la SCI EMEKA, la transformation de cette maison de retraite en « Maison familiale Baccara » en EHPAD pour sa capacité de 21 places.

¹ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 2

² Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexes 3 et 4

Un arrêté conjoint du Préfet et du PCG de la Seine-et-Marne 1^{er} juillet 2013 en a ensuite autorisé le transfert de gestion au profit de la SAS Baccara dont le gérant est Monsieur Stéphane Tassoni.

Puis en 2016, un arrêté a porté la capacité de l'EHPAD « La Maison Familiale Baccara » à 27 lits d'hébergement permanent.

Le 7 décembre 2017, les tutelles étaient informées du transfert des titres de la société BACCARA à Bridge Gestion ainsi que du changement de président de la société en la personne de Monsieur Charles Memoune sans changement significatif dans l'activité, l'installation ou le fonctionnement l'EHPAD.

Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 21 résidents. Soit un taux de présence de [REDACTED]

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, [REDACTED]

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles [REDACTED] des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Le tableau de bord de la performance de l'EHPAD n'est toutefois pas renseigné depuis 2017.

Les 21 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2020 ³	[REDACTED]				
EHPAD N, 2021					
IDF ⁴	18%	40%	18%	17%	7%

Son budget soin est de [REDACTED] € pour 2022.

Ecart n°1 : absence de remplissage du tableau de bord de la performance⁵ depuis 2017.

Une convention tripartite pluriannuelle (CTP) signée le 4 novembre 2014 entre l'ARS, le Conseil départemental de Seine-et-Marne et l'EHPAD précise l'option par l'EHPAD d'un tarif soins partiel sans PUI. Le personnel accordé à cette date était de [REDACTED] ETP et fixait les 8 objectifs suivants :

- Mise en place de l'évaluation interne,
- Mise en place d'une politique de bientraitance,
- Le développement des projets de vie individualisés,
- La mise en place du projet référent,
- La mise en place des formations pour le personnel,
- La réactualisation du dossier d'admission et le livret d'accueil,
- L'augmentation de la capacité de l'établissement,
- La prévision de la réactualisation du projet d'établissement en relation avec l'analyse des points forts et faibles.

³ Source : ERRD 2020 et 2021

⁴ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

⁵ En application de l'article R. 314-29 du code de l'action sociale et des familles, il est institué un tableau de bord de la performance applicable aux catégories d'établissements et services relevant des 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, dont la liste est précisée en annexe 1 du présent arrêté.

Cette CTP est prolongée dans l'attente de la signature d'un CPOM. Celui-ci devrait concerner les six établissements seine-et-marnais gérés par la société Bridge, toutefois les négociations ne sont pas encore engagées avec les autorités de contrôle et de tarification.

L'EHPAD ne participe pas à ce jour à l'expérimentation « IDE de nuit ». Le représentant du groupe gestionnaire a fait part à la mission, du portage auprès de l'ARS de plusieurs projets dont un de télémedecine « Toktokdoc » et d'une volonté de s'inscrire dans un dispositif d'astreinte IDE de nuit.

CONSTATS

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

Consignes de lecture :

La grille est renseignée de la façon suivante : O pour oui ou conforme, N pour Non ou non conforme.

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

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

Références réglementaires et autres références

CASF

CSP

RBPP HAS

**1 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITÉ DES
EFFECTIFS PRÉSENTS PAR RAPPORT AU PROJET
D'ÉTABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUÉ, ABSENTÉISME,
RECOURS À L'INTÉRIM, FORMATIONS**

1.1 L'encadrement des équipes

Grille de contrôle/Gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES					
-Le jour J ⁶ , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ?	O	N	E	La directrice de l'EHPAD Baccara [REDACTED] est depuis cette date, remplacée à la fois par la directrice de l'EHPAD Les deux moulins pour laquelle le siège du groupe Bridge a établi une convention et une délégation de pouvoir ret par la directrice régionale du siège Bridge. Le jour de l'inspection, le remplacement était assurée par la directrice régionale présente sur le site à l'arrivée de la mission.	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D 312 -176 -5 du CASF(privé)
-Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	O			Il existe une procédure formalisée de remplacement du directeur	
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ?				Il n'a été transmis aucune pièce (diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste) de la directrice en arrêt.	
-Modalités de remplacement du directeur, -astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?	O			La convention de suppléance et la délégation de pouvoir de la directrice suppléante ont été transmises à la mission. Selon la déclaration de la directrice régionale, la directrice de l'établissement est à titre principal d'astreinte le weekend, sinon la directrice régionale ou la directrice des opérations assure la suppléance. Un logigramme avec les numéros de téléphone des personnes ressources en astreintes a été transmis. Aucun planning des permanences n'est établi. Ecart n°2 : la mission d'inspection n'a eu connaissance d'aucun document concernant la directrice absente (diplômes, fiche de poste, délégation de pouvoir).	

⁶ Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?		NC	E R	<p>Le poste de MEDEC vacant depuis le [REDACTED] a été occupé durant le mois de [REDACTED] par un professionnel n'ayant pas donné suite à sa période d'essai.</p> <p>Le poste de psychologue est vacant depuis le [REDACTED]</p> <p>Le poste d'IDEC est vacant depuis le [REDACTED]</p> <p>L'IDEC régionale de l'organisme gestionnaire vient en appui aux for [REDACTED]</p> <p>Une IDE est en poste en CDI depuis [REDACTED] et présente le jour J.</p> <p>Écart n° 3 : l'équipe pluridisciplinaire est incomplète et non conforme aux attendus en EHPAD. L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF.</p> <p>Remarque n° 1: l'absence de temps de psychologue dans l'EHPAD entrave la prise en charge globale des résidents et dessert le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.</p>	D. 312-155-0 II du CASF et D312-155-0-1 si PASA et D 312-155-0-2 si UHR
<p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?</p> <p>-Permanence/astreinte médicale formalisée ?</p>	O	N		<p>Poste vacant en cours de recrutement le jour de la visite d'inspection.</p> <p>Il existe une procédure pour la permanence médicale. Cependant les effectifs n'étant pas stabilisés au sein de cet EHPAD, la procédure définie n'est pas respectée.</p>	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?</p> <p>-Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?</p>		N	R	<p>En 2022, trois IDEC se sont succédées laissant le poste vacant depuis le 14/10/2022.</p> <p>La mission de coordination de soins est assurée par l'IDEC régionale lors de sa présence dans l'établissement. Elle est elle-même remplacée en cas d'absence, par le directeur régional des soins. Il n'existe pas d'astreinte paramédicale formalisée.</p> <p>En semaine, les soins sont assurés par l'IDE recrutée [REDACTED] mais non inscrite au registre du personnel et présente du lundi au vendredi. Le week-end, une convention avec des IDE libérales garantit les soins et le cas échéant, l'IDEC régionale supplée les absences.</p> <p>Remarque n° 2: La taille de l'EHPAD permet à une IDE d'assurer le volet de coordination des soins, la direction n'en fait pas mention dans la fiche de poste de l'IDE recrutée.</p>	
<p>-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ?</p> <p>-Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?</p>	O O	NC	R	<p>Selon la direction régionale, des réunions entre les directions et le siège se tiennent 2 à 3 fois par mois. Lors de ces réunions, sont évoqués 2 à 3 thématiques portant notamment sur des questions d'actualité, de formation. Ces échanges ne sont pas formalisés en l'absence de système d'archivage et de documentation de type compte-rendu (CR).</p> <p>Des réunions hebdomadaires de l'équipe de direction sont mises en place depuis le 26/10/2022 à l'initiative de la directrice remplaçante. Les CR de 8 réunions sous format relevé de décisions ont été remis à la mission.</p> <p>Les décisions des réunions sont transmises oralement aux équipes par l'assistante administrative lors des transmissions.</p> <p>Cependant, il n'a pas été transmis de planning de réunion de l'année 2021 ni de celle 2022.</p>	
<p>-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste⁷ et dossier RH type, remise de documents : RF...</p>	O	NC	R	<p>La mission n'a pas eu connaissance d'une procédure formalisée de prise en poste, la prise de poste repose sur le compagnonnage. L'IDEC régionale prend un temps pour montrer les tâches à effectuer aux professionnels lors de sa présence sur site.</p> <p>Remarque n° 3: l'absence de traçabilité des échanges entre le siège et l'établissement ne permet pas de garantir la connaissance par le siège des</p>	

⁷ Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				difficultés éventuelles de l'EHPAD et des dispositions prises le cas échéant par la direction régionale pour les résoudre. Remarque n° 4: Absence de procédure d'embauche du nouveau salarié et de protocole d'intégration.	
-Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. <i>Cf. Planning de formation 2021(réalisé) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>		NC	E	Seul le planning de formation 2021 a été transmis. Selon la directrice régionale, des formations seraient réalisées en interne (par les pairs) et aussi en externe. Le planning de formation 2021 mentionne : - Formation sur la bientraitance : Module de 14 heures dispensé en deux jours (15 et 16 décembre 2021). Une équipe pluridisciplinaire de [REDACTED] personnes suivi la formation dont AS, ASH, IDER, directrice, cuisinier, AMP - Formation Accompagnement de fin de vie en EHPAD : un module de 14 heures dispensé sur 2 jours, le 04 et le 05 septembre 2021. L'équipe ayant bénéficié de la formation était pluridisciplinaire et constituée de 10 personnes dont AS, AS de nuit, ASH, IDER, directrice, cuisinier, AMP. - Formation sur les produits chimiques et méthode de pré-imprégnation. Un module de 3 heures a été dispensé à trois personnes. Pour 2022, outre l'absence de plan de formation, dans les dossiers des professionnels observés, aucune formation n'a été relevée. Ecart n° 4: il n'existe pas de plan de formation 2022.	L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) 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
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?		N	R	Absence de procédure. Remarque n° 5: la gestion des éventuels manquements professionnels ne fait pas l'objet de procédure formalisée de nature à garantir de façon suffisante la sécurité des résidents et de leur prise en charge.	

1.2 La situation des effectifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
2. LA SITUATION DES EFFECTIFS					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	O			Il n'existe pas de logiciel métier de recensement du personnel, cependant il existe un support informatique des plannings (tableau Excel). Selon la directrice régionale, le déploiement d'un logiciel de suivi RH [REDACTED] est prévu pour janvier 2023.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	O			Le rôle de suivi des salariés revient à la direction ou à son remplaçant.	
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?	O			Un cahier d'émargement des salariés, disponible à l'accueil, mentionne leur présence lors de la prise de poste et du départ de l'EHPAD.	
Ratios d'encadrement réels	O			Il est prévu un binôme AS/AV et une contre-équipe le jour, une ASH chaque jour, une AS chaque nuit, ces professionnels travaillant par alternance [REDACTED] Le jour de la mission : [REDACTED] AS de l'établissement [REDACTED] ASV et [REDACTED] ASH vacataire sont en poste. La nuit qui précédait l'inspection, était présente [REDACTED] AS de nuit vacataire. Selon les plannings des mois de septembre et octobre 2022 : <ul style="list-style-type: none"> - De jour : en principe [REDACTED] soignants AS ou AV et 1 ASH ; en septembre, le planning fait état [REDACTED] jours avec une seule AS titulaire et de [REDACTED] jours avec une AVS vacataire ; au mois d'octobre, on observe [REDACTED] jours où les AV titulaires sont en binôme avec une AS vacataire. Le 29 octobre, sont présentes [REDACTED] AS et [REDACTED] ASH vacataires et une infirmière libérale. Le 31 octobre, [REDACTED] AS titulaire [REDACTED] infirmière libérale assuraient les soins à l'ensemble des résidents. - L'IDE recrutée depuis le [REDACTED] est accompagnée par l'IDEC régionale ; elle est présente du lundi au vendredi ; il n'y a pas d'IDE le week-end mais une convention lie [REDACTED] IDEL à l'EHPAD. 	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> - Un personnel est présent en cuisine quotidiennement. - ■■■■ AS chaque nuit, au cours du mois d'août un titulaire est remplacé ■■■■ nuit par un vacataire et ■■■■ en septembre et ■■■■ en octobre. - Le poste d'animation n'apparaît pas sur le planning - Le poste « maintenance » indique la présence ■■■■ jours par semaine de l'homme d'entretien. 	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?	C	N		<p>Le jour de la mission il n'a pas été observé de personnel absent parmi les professionnels prévus à cette date.</p> <p>Selon les entretiens recueillis, le taux d'absentéisme est faible. L'absence remplissage des indicateurs ANAP ne permet pas à l'ARS de prendre connaissance de manière régulière des données à ce sujet pour l'établissement.</p>	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?		N	R	<p>Les remplacements ne sont pas systématiques, le personnel est parfois appelé lors de ses congés pour effectuer des remplacements en heures supplémentaires ou il est fait appel à des vacataires.</p> <p>Remarque n°6 : absence de procédure pour les remplacements afin d'en garantir une mise en œuvre effective et adaptée.</p>	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	O		R	<p>Une liste des salariés nous a été remise mais non datée. Le document fourni ne permet de vérifier si les contrats mentionnés sont toujours valides.</p> <p>Ainsi, nous relevons ■■■■ personnes en CDI et ■■■■ personnes en CDD.</p> <p>Remarque n° 7 : Le tableau de répartition du personnel ne mentionne pas de date d'actualisation.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				<p>Le planning affiché dans les vestiaires du personnel est en date du mois de juin 2022 et sa lecture difficile.</p> <p>Suite à l'arrêt de la directrice, une salariée initialement embauchée sur un emploi de commis de cuisine, occupe des nouvelles fonctions d'assistante administrative. Cependant, il n'existe aucun contrat de travail spécifique à ses nouvelles fonctions ou avenant à son précédent contrat, ni fiche de poste.</p> <p>Les entretiens conduits auprès des personnels mettent en évidence un glissement de tâches du personnel soignant vers les fonctions de « cuisine » (par exemple : en l'absence de la cuisinière, les soignants assurent le réchauffage et le service).</p> <p>Ecart n°5 : Il a été observé une inadéquation de qualification aux fonctions occupées par un personnel en poste le jour de la mission.</p> <p>Remarque n°8 : le planning affiché dans les vestiaires du personnel n'est pas actualisé et quasi illisible.</p>	L.311-3 et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa, CASF et HAS ⁸
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés?		N / NC	E	Il n'a pas été présenté à la mission les fiches de poste des salariés malgré notre demande le jour de l'inspection.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Des fiches de tâches heurées pour les personnels de jour ? de nuit ?		N / NC		<p>Des fiches de tâches heurées existent pour les ASH, les AS de jour et de nuit. Il n'a pas été présenté de fiches de tâches heurées pour le personnel infirmier.</p> <p>Ecart n°6 : L'absence de fiches de poste pour le personnel employé contrevient à l'article L. 311-3, CASF.</p>	
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? B2 du casier judiciaire ?		NC	R	<p>Présence des diplômes dans les dossiers observés (IDE, AS et d'une AMP) cependant parmi les documents étudiés, un seul contenait le B2 du casier judiciaire.</p> <p>Remarque n°9 : Le sommaire des dossiers des salariés indique une liste d'éléments attendus dans leur constitution. Les dossiers consultés sont incomplets.</p>	

⁸ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.

1.3 L'organisation du travail

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL					
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	O			<p>L'EHPAD de petite taille est sur deux étages.</p> <p>Les équipes travaillent sur des plages [REDACTED] ou [REDACTED] pour les [REDACTED] et [REDACTED] pour le personnel de nuit. Les horaires des vacataires sont [REDACTED] ou [REDACTED].</p> <p>Les équipes en poste sont fixes pour la prise en charge des résidents.</p>	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?				<p>Les plannings sont basés sur un roulement du personnel en deux équipes.</p> <p>La directrice fixe les plannings du personnel soignant et hôtelier.</p>	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?		NC	R	<p>Les plannings fournis indiquent une absence du temps de chevauchement des équipes dont la directrice régionale a pris acte et indique une révision prochaine des horaires afin de créer un temps d'échange inter-équipe</p> <p>Remarque n° 10 : les horaires ne permettent pas un temps de transmission orale inter-équipes.</p>	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ?		NC	R	<p>Selon le personnel interrogé les transmissions se font à l'oral et par écrit ou sur le logiciel Titan quand celui-ci fonctionne.</p> <p>Toutefois l'IDEC régionale mentionne la difficulté de certains salariés à se saisir de l'outil informatique Titan.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
- mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?				Remarque n° 11: En l'absence de temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit, il n'existe pas de procédure relative aux transmissions.	

2 LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE

2.1 Le nombre et e profil des résidents accueillis

Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
1. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O	NC	E	<p>Dans le registre présenté la date d'entrée de la dernière résidente inscrite dans le registre n'est pas mentionnée.</p> <p>Un résident est présent depuis le 21 septembre 2022 mais ne figure pas dans le registre.</p> <p>Ecart n° 7: En ne disposant pas d'un registre légal des entrées et des sorties, tenu à jour, l'établissement ne répond pas aux obligations de l'article L. 331-2 et R. 331-5, CASF.</p>	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
<p>Nb de résidents accueillis le jour J ?</p> <p>Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?</p>	O	NC	R	<p>21 résidents dont une rés [REDACTED]</p> <p>Lors de l'entretien, la directrice régionale indique que le logiciel Titan assure le recensement et le suivi des résidents. Néanmoins, l'interlocutrice n'a pas les codes nécessaires pour l'accès au logiciel. Plusieurs tentatives d'accès au logiciel Titan au décours de la journée sont restées vaines.</p> <p>Remarque n° 12: l'ensemble des professionnels de l'établissement ne dispose pas d'un accès à l'outil Titan dans le périmètre de ses compétences d'exercice ou n'en fait pas usage.</p>	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	O	C		La direction est en charge du suivi des résidents sous réserve d'accès et de fonctionnement effectif de l'outil informatique.	

2.2 Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					
Existe –t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?		N	E	<p>Le projet d'établissement de l'EHPAD présenté, couvre la période 2014-2019.</p> <p>Une maquette intitulée » Projet d'établissement 2022-2027 Axe Méthodologique » a été remis à la mission d'inspection. Il reste à établir un retro planning pour conduire l'élaboration du PE.</p> <p>Ecart n° 8: En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.</p>	Art L. 311-8 et D. 311-38 CASF
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?		NC	E	<p>La description faite par la directrice régionale indique dans un 1^{er} temps une visite par le résident et/ ou ses proches.</p> <p>Lors de la réception du dossier médical du résident, celui-ci est soumis au médecin régional du groupe Bridge qui en assure la validation, puis l'établissement valide les capacités financiers nécessaires.</p> <p>Le personnel rencontré nous a informé de la procédure appliquée lors de l'accueil d'un nouvel arrivant : accueil du résident et de sa famille, installation dans sa chambre, prise de constantes et la pesée, entretien afin de déterminer les habitudes de vie du résident (heure petit déjeuner, nombre de douche, activités appréciées...)</p> <p>Il n'a pas été présenté de procédures écrite présentant le processus d'admission des résidents.</p> <p>Ecart n° 9 : Il n'existe pas de procédure écrite de pré-admission et d'admission des résidents.</p>	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ?	O	NC	E	<p>Le dossier du résident se compose en une partie administrative (contrat de séjour et ses annexes...), une partie renseignements du résident (...) et une partie financière (avis d'imposition...)</p> <p>La consultation des dossiers administratifs des résidents amène à constater une composition et un contenu conforme du contrat de séjour, incluant la recherche de</p>	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>consentement, la liste des prestations proposées comprenant le socle de prestations (annexe 3), la désignation d'une personne de confiance (annexe7), la mention des directives anticipées et l'expression des « volontés du résident sous pli cacheté » (annexe 17), la charte des droits et libertés (annexe 8).</p> <p>La directrice régionale informe la mission que le contrat de séjour et ses annexes sont remis au résidents signataire ou à sa personne de confiance.</p> <p>La mission a consulté trois dossiers de résidents. Deux d'entre eux n'étaient pas conformes dans leur globalité, il manquait la mention d'information relative à la liste des personnes qualifiées. De plus, le 3^{ème} dossier concernant un résident arrivé depuis le mois de septembre 2022 et comportait uniquement des documents financiers (pièces d'identité, fiche d'imposition, justificatif de domicile et RIB).</p> <p>Ecart n° 10: La mission constate l'incomplétude effective des dossiers résidents consultés.</p>	<p>Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009⁹</p>
<p>Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP) : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ?</p>		N	E	<p>Les projets d'accompagnement ne sont pas mis en œuvre, leur absence est justifiée par la directrice régionale par le motif du poste vacant du psychologue qui pilotait la mise en œuvre et le suivi.</p> <p>Il n'existe pas de procédure d'élaboration et de mise à jour des PAP, ni de planning d'élaboration.</p> <p>Dans les trois dossiers de résidents examinés, la mission a constaté pour le premier un PAP rempli et signé, pour le second, un PAP non renseigné mais signé, et l'absence de PAP pour le troisième.</p> <p>Lors des entretiens avec le personnel, il a été notifié à l'équipe d'inspection que depuis le départ de la psychologue en octobre 2021 aucun projet d'accompagnement personnalisé n'a été mis en place à la connaissance des personnes rencontrées. En outre, la liste des résidents sortis depuis décembre 2021 s'élève [REDACTED]</p> <p>La directrice régionale indique toutefois une révision des PAP annuelle.</p>	<p>Article L. 311-3 du CASF</p> <p>Article D.312-155-031 du CASF</p> <p>ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008¹⁰</p>

⁹ HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

¹⁰ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Ecart n° 11: Les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) des résidents n'existent pas ou ne sont pas à jour. Il n'existe pas de procédure d'élaboration, ni de suivi et de mise à jour des PAP, ni de planning pour leur élaboration.	
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?	O			Dans « la salle des familles » un album photo reprenant les activités de l'EHPAD, est à disposition. Les professionnels de l'établissement indiquent la présence et les échanges réguliers des familles dans l'établissement. Pour les familles non présentes des appels téléphoniques sont réalisés. De plus, les familles sont conviées aux différents évènements dans l'année, (fête de Noël, fête de l'été...)	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?	O / C			Une liste des résidents dont les accompagnements ont été interrompus depuis décembre 2021 a été présentée à la mission. Elle mentionne ■ interruptions de séjour dont ■ pour motif de décès ■ pour motif de transfert vers d'autres établissements et ■ pour retour au domicile. La durée de séjour n'est pas précisée.	
Animation	O		R	Il n'y a pas d'animateur professionnel dédié. L'organigramme de l'établissement indique sur le volet animation « Détachement équipe soins et intervenants externes ». Les professionnels notamment AS, AMP sont sollicités pour consacrer une partie de leur temps à la mise en place des activités. Elles proposent au moins ■ activité par jour et généralement une 2ème en fin de journée pour les résidents qui souhaitent faire des animations en petit groupe voire en individuel. Un projet d'animation 2022-2027 est élaboré. Parmi les activités récurrentes, on retrouve les jeux de société, la médiation animale une fois par mois, la chorale, les soins et beauté des mains, la gym douce avec l'association Siel bleu, un spectacle musical une fois par mois, le loto, les ateliers mémoire, l'atelier écoute musicale, des repas à thème une fois par mois, des ateliers pâtisserie, le repas des anniversaires une fois par mois, l'épluchage de légumes une fois par mois. Le jour de l'inspection 15 novembre 2022, le programme affiché était celui du 24 au 30 octobre 2022.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Les professionnels rencontrés témoignent pour certains d'un manque de moyens (temps de préparation, diversité des activités à mener sans accompagnement)</p> <p>Dans les fiches de tâches des AS (en date de 2018), il est précisé à [REDACTED] puis à [REDACTED] « Animation, organiser l'activité » (1 AS par roulement).</p> <p>Remarque n° 13: l'évolution des tâches des soignants vers l'animation n'est pas associée au programme de formation.</p>	

2.3 La communication avec les familles et le CVS

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
3. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS					
Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>		N/ NC	R	La communication avec les familles repose essentiellement sur des mails. Il n'existe pas de procédure et il n'a pas été présenté de pièces attestant des échanges. Remarque n° 14: La taille de l'établissement lui confère une dimension familiale et les familles ont l'habitude de faire leur demande directement par oral aux salariés de l'établissement. Il n'y a pas de procédure ni de traçabilité des échanges.	L. 311-3, 5°, CASF ¹¹ L. 1110-4, CSP (secret des informations médicales)
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?	O	NC	R	Le CVS est composé de <ul style="list-style-type: none"> - un représentant des résidents et d'une résidente suppléante, - une représentante des familles - un représentant du personnel Les réunions CVS ont lieu en principe tous les trimestres. Pour 2021, trois comptes-rendus des réunions accompagnés des ordres du jour ont été remis. Une seule réunion du CVS s'est tenue en 2022 et le compte-rendu correspondant est disponible dans un dossier suspendu. Le dernier CVS prévu le 8 novembre a été annulé du fait de l'absence de la directrice. Il n'est pas institué de groupe d'expression ou toute autre forme de participation en l'absence de la tenue des réunions du CVS. Remarque n° 15: le CVS, instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement de l'EHPAD, ne s'est tenu qu'une seule fois en 2022.	D. 311-4 à 20

¹¹ Article L. 311-3, CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : (...) 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires (...). »

2.4 La gestion des réclamations et des évènements indésirables

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
1. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE					
<p>L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ?</p> <p>En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?</p>		N	R	<p>Le projet d'établissement 2014-2019 mentionne dans son axe 1, « la mise en place d'une évaluation Interne Loi 2002.2 » pour laquelle l'indicateur est « Élaborer un plan d'amélioration de la qualité et introduire au sein du service une dynamique d'amélioration continue ».</p> <p>Aucun élément de sa déclinaison à l'EHPAD Baccara ni d'une enquête de satisfaction n'a été présenté à la mission.</p> <p>La directrice régionale n'a pas apporté d'éléments de réponse.</p> <p>Les dossiers des salariés consultés, comportent des attestations de formations sur la bientraitance.</p> <p>En dehors des formations, aucun élément actualisé ou signalé lors des entretiens ne témoigne de la construction et du partage avec les équipes d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance.</p> <p>Remarque n° 16: absence d'enquête de satisfaction auprès des résidents et de leur famille</p>	<p>Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS¹²</p>
Affichage liste des PQ, n°tel 3977/ALMA ?		N	E	<p>L'arrêté portant désignation des personnes de confiance et le numéro d'appel 3977 ne font pas partie des éléments disponibles dans le lutin suspendu à l'accueil de l'établissement.</p> <p>Ecart n° 12: absence d'affichage de la liste des personnes qualifiées et du n° d'appel 3977</p>	<p>Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF</p> <p>& recommandations de bonne pratique HAS</p>
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? quid des signalements (documenter) ?		N	R	<p>Il n'y a pas de traçabilité des réclamations. Il n'existe pas de cahier de réclamation mis à la disposition des résidents et des familles.</p>	

¹² HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Remarque n° 17: Il n'existe pas de traçabilité du recueil et du traitement des réclamations.	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		N	R	Il n'existe pas de logiciel métier de recueil et de suivi des EI. Le personnel auditionné lors de la visite, signale à l'IDE ou à l'IDEC les événements indésirables, et le notifie oralement lors des transmissions. Un seul soignant entendu, connaissait la fiche des événements indésirables. Selon déclaration, ils ne sont pas informés des suites données et du traitement réservé après avoir signalé des situations ou faits dont ils sont témoins. Ecart n° 13 : Il n'existe pas de logiciel métier de recueil et de suivi des EI.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?		N		Pas à la connaissance du personnel rencontré. L'absence de recueil formalisé ne permet pas de vérifier les éventuels signalements.	Article 434-3 du Code Pénal
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?	O	NC	R	Le plan de formation 2021 remis à la mission, ni daté ni signé, comporte pour septembre (reporté en décembre) et pour tous les professionnels 2 jours de formation sur la bientraitance. En 2022, aucune attestation de formation n'a été transmise. Remarque n°18 : Aucune procédure de prévention de la maltraitance n'est formalisée, aucun plan d'action n'est construit.	

3 DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE

3.1 Les prestations hôtelières

Grille de contrôle/Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
1. LES PRESTATIONS HOTELIERES					
<p>Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichages) ?</p> <p><i>Cf. Registre de sécurité</i></p>	O	NC	R	<p>Le plan de l'établissement indique ■ chambres au rez-de-chaussée et ■ 1^{er} étage dont ■ chambres doubles. Au rez-de-chaussée ■ chambres servent à entreposer le matériel et à l'étage une chambre sert à stocker le linge plat. Les locaux sont accessibles pour les PMR, cependant les extérieurs sont difficilement praticables pour tous. Les barres d'appui sont présentes et fonctionnelles dans l'ensemble de l'établissement. Certaines chambres anciennes et de petite surface, ne permettent un déplacement fluide notamment pour les personnes en fauteuil. Les portes d'accès vers l'extérieur sont fermées à clé (code), cependant, certaines fenêtres de l'étage ne sont pas sécurisées.</p> <p>L'ensemble du site est fermé par un portail électrique sécurisé par code. L'accès pour les personnes extérieures dysfonctionnait le jour de la visite malgré la mention faite dans le CR du codir du 10/10/2022, de la nécessité de réparation de l'interphone du portail.</p> <p>Des travaux sont en cours au niveau de l'éclairage et des faux plafonds, dans le couloir du rez-de-chaussée conduisant aux chambres des résidents. Des fils sont accessibles au niveau du plafond et des murs. L'endroit est sombre et mal éclairé.</p> <p>L'affichage sécurité incendie est présent sur l'ensemble de l'établissement, la mise à jour du plan de l'EHPAD suite à la création des nouvelles chambres a donné lieu à sa modification ; seul un plan imprimé sur papier est fixé avec un adhésif sur le support.</p> <p>Remarque n° 19 : la mission observe que certaines fenêtres de l'étage ne sont pas sécurisées.</p>	<p>L. 311-3, CASF HAS 2011¹³</p> <p>Le code du travail (articles R4227-37 à R4227-41) Arrêté du 20 novembre 2000 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</p>

¹³ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Remarque n° 20 : le couloir du rez-de-chaussée conduisant aux chambres des résidents est mal éclairé.</p> <p>Remarque n°21 : le plan d'évacuation de l'EHPAD en cas d'incendie est présenté sous format papier et non sous forme de pancarte inaltérable.</p>	
<p>Entretien général des locaux ?</p> <p>Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ?</p> <p><i>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</i></p>	O		R	<p>Les locaux sont d'apparence propre, cependant les sols sont collants.</p> <p>La mission a observé la présence de l'agent d'entretien technique pour lequel le planning indique ■■■■ jours de travail par semaine.</p> <p>De nombreuses pièces (■■■ chambres, grenier, cabanons de jardin) font office de débarras. On y observe un amoncellement de matériel médical considérable empêchant l'accès et l'usage des locaux à d'autres fins.</p> <p>Lors de la visite des locaux, la mission constate au ■■■ étage à proximité des vestiaires et des chambres, un empilement de cartons contenant les protections pour les changes.</p> <p>Le volume de production de DASRI permet un enlèvement mensuel. Il n'existe pas de lieu de stockage intermédiaire. Les DAOM (déchets assimilés aux ordures ménagères) sont stockés dans des containers à l'entrée de la résidence.</p> <p>Remarque n° 22 : l'ASH en charge du bionetttoyage, en poste depuis un an, n'a pas bénéficié d'actualisation de ses connaissances dans l'usage des produits détergents-désinfectants.</p> <p>Remarque n°23 : un désordre conséquent est contenu dans plusieurs lieux de l'établissement.</p>	
<p>Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attendu et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ?</p> <p><i>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</i></p>	O	NC	R	<p>Le linge plat est géré par la société ■■■■. Lors des changes, le personnel met le linge plat dans les sacs de la société puis ces derniers sont entreposés à l'extérieur sur des chariots non protégés des intempéries au bord d'un abri de jardin encombré.</p> <p>Le lieu de stockage du linge plat propre est une chambre. Un lit inoccupé sert de support aux piles de drap dont certaines sont sans housse. Une pile de couvertures et d'oreillers est adossée au mur. Des sacs fermés sont posés à même le sol et</p>	REPIAS-Guide mise en œuvre de la méthode Risk Analysis Biocontamination Contro) (RABC)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>contiennent du linge. Dans une commode des tenues pour soignants sont présentes mais non houssées.</p> <p>Le linge personnel des résidents est traité sur place, au rez-de-chaussée, dans une buanderie dont l'accès n'est pas sécurisé. La pièce dédiée ne dispose ni de fenêtre, ni de ventilation. Elle est en outre, exigüe. Il n'existe pas de marche en avant, le secteur linge sale se confond avec celui du linge propre. La mission a constaté lors de la visite qu'un sac de linge sale était entreposé dans le local à proximité du linge propre.</p> <p>L'ensemble du personnel accompagnant les résidents (AS, AMP, AV ASH) contribue à l'entretien du linge des résidents.</p> <p>La prestation blanchisserie est facturée ■■■ mois.</p> <p>Remarque n° 24 : le circuit de traitement du linge des résidents et du personnel est inadapté et n'en garantit pas l'hygiène selon les normes RABC.</p>	
Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ?	O / C			<p>Le personnel interrogé déclare réaliser ■■■ toilettes par jour. Les résidents prennent en général deux douches par semaine et l'accompagnement est adapté aux demandes des résidents.</p>	Permet d'estimer le temps passé par toilette (ex : 14 toilettes en 1h30, ça fait 6 minutes par toilette)
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne)? Collation disponible ?	O		R	<p>Le petit déjeuner est servi en chambre de 7h15 à 8h.</p> <p>Les repas sont servis en salle à manger à 12h, 16h et 18h. Une collation est proposée dans la soirée.</p> <p>Le jour de l'inspection l'ensemble de résidents déjeunait dans la salle à manger. Plusieurs professionnels participent au service et à l'aide au repas : auxiliaire de vie, ASH, AS, apprentie psychomotricienne.</p> <p>Les agents en cuisine sont des salariés de l'établissement.</p>	<p>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</p> <p>Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS¹⁴</p>

¹⁴ HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP » (mars 2018)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Fonctionnement de la restauration				<p>L'EHPAD rencontre des problèmes d'approvisionnement avec son [REDACTED] : les achats ne correspondent pas toujours aux menus établis. La directrice confirme des échanges en cours avec le prestataire en vue d'améliorer la situation.</p> <p>Lors de l'entretien avec la cuisinière, il a été indiqué la nécessité de préparer les repas en amont de ses trois jours de repos. Cela implique une adaptation du menu, et des repas devant être réchauffés par les ASH ou les AS.</p> <p>Remarque n°25 : absence de disposition permettant une continuité de la prestation cuisine par un personnel qualifié en l'absence de la cuisinière.</p>	
<p>Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?</p> <p>Enregistrement, traçabilité et vérification des appels</p>		NC	E	<p>Les appels malades ne fonctionnent pas le jour de la visite. Selon les résidents et soignants, cette panne remonte au 11 novembre et est récurrente. Le CR du CODIR du 10/10/2022 y fait mention. Ainsi, l'appel n'est pas transféré sur le téléphone des soignants, seule la lumière au-dessus des portes des chambres s'allume cependant, les chambres ne sont pas toutes visibles depuis le couloir.</p> <p>L'équipe de direction est informée par la mission d'un dysfonctionnement.</p> <p>La directrice des opérations du groupe Bridge a indiqué agir rapidement pour rétablir la situation. Le 24 novembre, soit 9 jours après l'inspection, la directrice régionale a communiqué sur l'intervention d'un technicien le 21 novembre pour remise en service de la centrale de téléphonie. Toutefois, le report sur les DECT des salariés reste à configurer.</p> <p>De ce fait, la direction a établi un protocole de surveillance en mode dégradé lors du dysfonctionnement du système d'appel malade et a fourni un tableau vierge de ronde de nuit a posteriori de l'inspection.</p> <p>Aucune traçabilité des appels n'a été remise à la mission.</p> <p>Ecart N° 14: l'établissement ne garantit pas une sécurité des résidents du fait de l'absence du fonctionnement des appels malades.</p>	L 311-3 CASF

3.2 L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
2. L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE					
Lève-personnes et chariots douches disponibles ?	O			L'EPHAD dispose de deux lèves-malade dont un en panne et d'un verticalisateur. Dans une chambre du 1 ^{er} étage où un lève-malade est stocké, des rallonges électriques permettant son branchement sont laissées sur le sol.	

4 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE

4.1 Les locaux et installations dédiés aux soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins : nombre de postes de soins dans l'établissement, local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé, paillasse pour la préparation des soins, collecteurs DASRI OPCT et carton rigide	O	NC	R	<p>A l'extrémité d'un couloir au rez-de-chaussée, se trouve le poste de soin fermant à clés ; il s'agit d'une pièce exiguë où deux personnes ne peuvent se croiser. On y observe un lavabo de type lave mains de sanitaire, un chariot non sécurisé pour le stockage des médicaments. Le rangement est sommaire du fait du manque de place. Il n'existe pas de paillasse pour la préparation des soins.</p> <p>Le contenant cartonné pour les DAOM se trouve ainsi à l'extérieur de la pièce faute de place. L'espace administratif infirmier se trouve dans une pièce faisant face dans le couloir.</p> <p>Remarque n° 26 : L'étroitesse de l'infirmierie en limite son accessibilité et son usage adapté en vue de préparer des soins infirmiers.</p>	
Les vestiaires du personnel	O	NC	R	<p>Le vestiaire du personnel se trouve au 1^{er} étage à l'extrémité d'un couloir. La pièce abrite des vestiaires métalliques mais également la réserve des consommables. A l'extrémité de la pièce un escalier encombré donne accès aux combles (lieu de dépôt de matériel en désordre ainsi que de plusieurs boîtes d'archives). Des paires de chaussures sont sur le sol et une paire de sabots sur une étagère. Un panier contenant des tenues portées est posé contre les étagères de stockage des protections. La pièce ne dispose pas d'aménagement adéquat permettant aux salariés de prendre une douche.</p> <p>Remarque n°27 : le vestiaire du personnel se confond avec la zone de stockage des consommables ; son état de propreté n'est pas tenu et il ne dispose ni de sanitaire, ni de douche.</p>	Code du travail articles R4228-2 à R4228-6
La réserve de consommables	O	NC	R	<p>Le stockage des consommables se trouve dans le vestiaire du personnel.</p> <p>Des rayonnages en bois permettent le rangement des protections, des masques, des bassines, etc</p> <p>Des produits de diététique enrichis sont posés sur le sol sous les étagères de consommables. Des cartons de protections sont empilés contre les vestiaires métalliques et l'un d'entre eux ouvert, est placé devant les portes des vestiaires. A l'extérieur de la pièce on note également le stockage d'une dizaine de cartons.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				Remarque n° 28 : la réserve des consommables ne bénéficie pas d'un espace dédié et elle est sous-dimensionnée pour stocker l'ensemble des produits. Son rangement est perfectible.	

5 RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

Ecart n°1 : absence de remplissage du tableau de bord de la performance depuis 2017.

Ecart n°2 : la mission d'inspection n'a eu connaissance d'aucun document concernant la directrice absente (diplômes, fiche de poste, délégation de pouvoir).

Écart n°3 : l'équipe pluridisciplinaire est incomplète et non conforme aux attendus en EHPAD. L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF.

Ecart n°4: il n'existe pas de plan de formation 2022

Ecart n°5 : Il a été observé une inadéquation de qualification aux fonctions occupées par un personnel en poste le jour de la mission.

Ecart n°6 : l'absence de fiches de poste pour le personnel employé contrevient à l'article L. 311-3, CASF.

Ecart n°7 : en ne disposant pas d'un registre légal des entrées et des sorties, tenu à jour, l'établissement ne répond pas aux obligations de l'article L. 331-2 et R. 331-5, CASF.

Ecart n°8 : en ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.

Ecart n°9 : Il n'existe pas de procédure écrite de pré-admission et d'admission des résidents.

Ecart n°10 : la mission constate l'incomplétude effective des dossiers résidents consultés.

Ecart n°11 : les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) des résidents n'existent pas ou ne sont pas à jour. Il n'existe pas de procédure d'élaboration, ni de suivi et de mise à jour des PAP, ni de planning pour leur élaboration.

Ecart n°12: absence d'affichage de la liste des personnes qualifiées et du n° d'appel 3977

Ecart n°13 : Il n'existe pas de logiciel métier de recueil et de suivi des EI.

Ecart n°14 : l'établissement ne garantit pas une sécurité des résidents du fait de l'absence du fonctionnement des appels malades.

Remarque n°1 : l'absence de temps de psychologue dans l'EHPAD entrave la prise en charge globale des résidents et dessert le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.

Remarque n°2 : la taille de l'EHPAD permet à une IDE d'assurer le volet de coordination des soins, toutefois la direction n'en fait pas mention dans la fiche de poste de l'IDE recrutée.

Remarque n°3 : l'absence de traçabilité des échanges entre l'organisme gestionnaire et l'établissement ne permet pas de garantir la connaissance par le siège des difficultés éventuelles de l'EHPAD et des dispositions prises le cas échéant par la direction régionale pour les résoudre.

Remarque n°4 : absence de procédure d'embauche du nouveau salarié et de protocole d'intégration.

Remarque n°5 : la gestion des éventuels manquements professionnels ne fait pas l'objet de procédure formalisée de nature à garantir de façon suffisante la sécurité des résidents et de leur prise en charge.

Remarque n°6 : absence de procédure pour les remplacements afin d'en garantir une mise en œuvre effective et adaptée.

Remarque n°7 : le tableau de répartition du personnel ne mentionne pas de date d'actualisation.

Remarque n°8 : le planning affiché dans les vestiaires du personnel est antérieur à la période et illisible.

Remarque n°9 : le sommaire des dossiers des salariés indique une liste d'éléments attendus dans leur constitution. Les dossiers consultés sont incomplets.

Remarque n°10 : les horaires ne permettent pas un temps de transmission orale inter-équipes.

Remarque n°11 : En l'absence de temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit, il n'existe pas de procédure relative aux transmissions.

Remarque n°12 : l'ensemble des professionnels de l'établissement ne dispose pas d'un accès à l'outil Titan dans le périmètre de ses compétences d'exercice ou n'en fait pas usage.

Remarque n°13 : l'évolution des tâches des soignants vers l'animation n'est pas associée au programme de formation

Remarque n°14 : La taille de l'établissement lui confère une dimension familiale et les familles ont l'habitude de faire leur demande directement par oral aux salariés de l'établissement. Il n'y a pas de procédure ni de traçabilité des échanges.

Remarque n°15 : le CVS, instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement de l'EHPAD, ne s'est tenu qu'une seule fois en 2022.

Remarque n° 16 : absence d'enquête de satisfaction auprès des résidents et de leur famille

Remarque n°17 : Il n'existe pas de traçabilité du recueil et du traitement des réclamations.

Remarque n°18 : aucune procédure de prévention de la maltraitance n'est formalisée

Remarque n°19 : la mission observe que certaines fenêtres de l'étage ne sont pas sécurisées

Remarque n°20 : le couloir du rez-de-chaussée conduisant aux chambres des résidents est mal éclairé.

Remarque n°21 : le plan d'évacuation de l'EHPAD en cas d'incendie est présenté sous format papier et non sous forme de pancarte inaltérable.

Remarque n°22 : l'ASH en charge du bionettoyage, en poste depuis un an, n'a pas bénéficié d'actualisation de ses connaissances dans l'usage des produits détergents-désinfectants.

Remarque n°23 : un désordre conséquent est contenu dans plusieurs lieux de l'établissement.

Remarque n°24 : le circuit de traitement du linge des résidents et du personnel est inadapté et n'en garantit pas l'hygiène selon les normes RABC.

Remarque n°25 : absence de disposition permettant une continuité de la prestation cuisine par un personnel qualifié en l'absence de la cuisinière.

Remarque n°26 : l'étroitesse de l'infirmerie en limite son accessibilité et son usage adapté en vue de préparer des soins infirmiers.

Remarque n°27 : le vestiaire du personnel se confond avec la zone de stockage des consommables ; son état de propreté n'est pas tenu et il ne dispose ni de sanitaire, ni douche.

Remarque n°28 : la réserve des consommables ne bénéficie pas d'un espace dédié et elle est sous-dimensionnée pour stocker l'ensemble des produits. Son rangement est perfectible.

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Maison Familiale Baccara, géré par le groupe Bridge a été réalisée de façon inopinée le 15 novembre 2022. Il est constaté par l'accumulation de plusieurs constats un manque général de formalisation des procédures, de rigueur dans la gestion des dossiers et du matériel et une insuffisance de démarches qualité ne permettant pas à l'EHPAD de respecter pleinement la réglementation en vigueur ou un cadre optimum de fonctionnement conforme à l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques.

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

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

- Absence de documents concernant l'exercice de la directrice habituellement en poste ;
- Vacance de poste du médecin coordonnateur, et de la psychologue ;
- Absence de fiches de poste pour le personnel employé ;
- Plan de formation 2022 inexistant ;
- Tableau de bord de la performance non renseigné depuis 2017 ;
- Des glissements de tâches de l'équipe soignante qui va jusqu'à assurer la cuisine ;

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

- Absence de projet d'établissement valide qui établit les objectifs et les priorités de l'EHPAD ;
- Des projets d'accompagnement personnalisé des résidents non réalisés et/ou mis à jour ;
- Inexistence de logiciel métier de recueil et de suivi des EI ;
- Le registre légal des entrées et des sorties n'est pas tenu à jour ;
- La liste des personnes qualifiées et le n° d'appel 3977 ne sont pas affichés ;

De dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

- Un dysfonctionnement majeur du système d'appel malades ;
- Un circuit du traitement du linge compromettant l'hygiène ;
- Un poste de soins infirmiers inadapté à l'exercice des soins.

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

[REDACTED]

L'inspecteur désigné par la Directrice générale de l'ARS	
[REDACTED]	

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

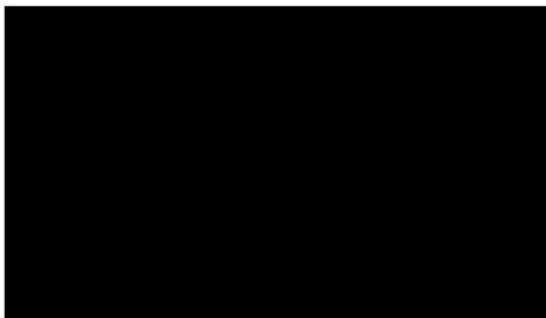
ANNEXES

Annexe I : Lettre de mission



Délégation départementale
De Seine-et-Marne

Affaire suivie par : Pascale FOUASSIER
Courriel : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr



Lieusaint, le 15 novembre 2022

Mesdames,

Le gouvernement a engagé la mise en œuvre d'un programme d'inspection de l'ensemble des EHPAD du territoire national.

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

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD « maison familiale Baccara », situé à Pécy (FINESS n° 770001345) qui a été inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L.133-2 du CASF comprendra

- [redacted] inspectrice désignée par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L.1435-7 du CSP, coordonnatrice de l'inspection et qui sera accompagnée de :

13 avenue Pierre Point
77 127 Lieusaint
Tél : 01 78 48 23 00

- [REDACTED] personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP;
- [REDACTED] personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP ;
- [REDACTED] personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.

L'inspection aura lieu à compter du 15 Novembre 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf article L.1421-2 du CSP), en mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un **délai 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.

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.

La Directrice départementale de l'Agence régionale de
[REDACTED] t-Marne

Hélène MARIE

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

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

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

Annexe II : Lettre d'annonce



Délégation départementale de Seine-et-Marne
Département Autonomie

Monsieur Charles MEMOUNE
Président
Groupe BRIDGE
111 Rue de Longchamp
75116 PARIS

Affaire suivie par [REDACTED]
Courriel : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr

Lieusaint, le 15 Novembre 2022

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection et de contrôle 2022 de l'Agence régionale de santé Île-de-France (PRIC), je vous informe que l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « maison familiale Baccara », situé au 6 rue de Mirvaux à Pécy (77970), a été retenu pour faire l'objet d'une mission d'inspection inopinée par mes services.

A ce titre, j'ai missionné une équipe composée de Madame Pascale FOUASSIER inspectrice désignée par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé et coordonnatrice de la mission, de Madame Isabelle PUGLIESE, de Madame Karine YVARS et de Madame Yasmine BALIMA désignées comme personnes qualifiées aidant aux missions.

La mission d'inspection se tiendra dans votre établissement à compter du 15 novembre 2022 à 8h et sera réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13-III du Code de l'action sociale et des familles.

Elle aura pour objet de vérifier notamment la gouvernance de l'établissement, son organisation en termes de ressources humaines ainsi que sa politique de communication interne avec les résidents et les familles. Les agents pourront recueillir tout renseignement ou document nécessaire à ce contrôle conformément à l'article L. 1421-3 du CSP. En outre, la mission mènera des entretiens avec les personnes qu'elle estimera nécessaire de rencontrer. Vous trouverez en annexe au présent courrier la liste des documents à transmettre par voie dématérialisée.

Concernant les suites de l'inspection, sauf urgence, vous serez destinataire d'un courrier de propositions de décisions auquel le rapport d'inspection sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Les décisions définitives vous seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice départementale de l'Agence
régionale de santé de Seine-et-Marne

[REDACTED]

13 avenue Pierre Point
77 127 Lieusaint
Tél : 01 76 48 23 00

Annexe III : Liste des documents demandés et des documents transmis

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	A compléter par la direction (transmis : n'existe pas/autre)
A	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 (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	1 copie + sur clef USB	transmis
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (<u>format EXCEL</u> et non pdf)	1 copie + sur clef USB	transmis

Documents à remettre avant 10 H 30 :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	A compléter par la direction
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clef USB	transmis
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clef USB	transmis
E	Un plan des locaux	1 copie + sur clef USB	transmis
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie + sur clef USB	transmis
G	Liste des résidents sortis depuis décembre 2021	1 copie + sur clef USB	transmis

H	<p>Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre) (N et N-1) 	1 copie + sur clef USB	<p>Transmis</p> <p>Non transmis</p>
----------	--	------------------------	-------------------------------------

N°	<p>Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant</p> <p>Noter directement sur chemise les infos importantes</p>	Copie (s/cle USB avec numéros) ou consultation	A compléter par la direction
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations			
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	Transmis uniquement pour la directrice remplaçante
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB	Transmis uniquement pour la directrice remplaçante
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie + clé USB	Transmis (juste celle de la directrice remplaçante)
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	SO
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Transmis
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Transmis
7	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Copie + clé USB	Non transmis

8	Planning des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	Transmis à partir de septembre 2022
9	Planning des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	N'existe pas
10	CR des réunions d'équipes	Clé USB	N'existe pas
11	Projet d'établissement	Clé USB	N'existe pas
12	Projet de soins	Copie + clé USB	Non transmis
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Non transmis
14	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD 2021 (Art R. 314-232 CASF)	Clé USB	Non transmis
15	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2021 et janvier à octobre 2022</u>	Clé USB	Transmis
16	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB	Transmis
17	Plannings des équipes de soins jour/nuits des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings des 3 mois réalisés (août, septembre, octobre) + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Copie + clé USB	Transmis
18	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Copie + clé USB	Transmis pour N-1
19	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Oui
20	Dossiers RH des salariés	Consultation	Oui
21	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie)	Copie + clé USB	Transmis sauf pour IDE

22	Les fiches de tâches heurées des ASH de jour et de nuit	Copie + clé USB	Transmis
23	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Copie + clé USB	Transmis
24	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Non
25	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	Non
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance			
26	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	Copie + clé USB	Transmis
27	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PAP	Clé USB	N'existe pas
28	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Oui
29	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Copie + clé USB	Non transmis
30	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie + clé USB	Transmis
31	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	N'existe pas
32	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Copie + Clé USB	Transmis
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2022) ;	Consultation	Non transmis
34	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	N'existe pas

35	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	Non
----	--	--------------	-----

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

(Le jour de la visite sur site)

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]