

Cabinet de la Directrice générale

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) Francois VILLON
Adresse 17 rue Francois VILLON 77140
N° FINESS 770017119**

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_00271
Contrôle sur place le 08/ 12 /2022

Mission conduite par

- [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
coordonnatrice de la mission d'inspection ;

Accompagnée par

- [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 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
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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	5
Déroulé du jour de l'inspection	8
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Animation et fonctionnement des instances	17
Gestion de la qualité.....	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	20
Fonctions support.....	23
Gestion des ressources humaines	23
Gestion budgétaire et financière	29
Gestion d'information.....	30
Bâtiments, espace extérieurs et équipements.....	33
Sécurités	36
Prises en charge.....	37
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	37
Respect des droits des personnes	39
Vie sociale et relationnelle	42
Vie quotidienne. Hébergement	43
Soins.....	45
Relations avec l'extérieur.....	48
Coordination avec les autres secteurs.....	48
Récapitulatif des écarts et des remarques	50
Écarts	50
Remarques	51
Conclusion	52
Glossaire.....	53
Annexes	54
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	54
Annexe 2 : Liste des documents demandés et relevé des documents transmis.....	56

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 une catégorie de risque élevé.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné.

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

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 de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion budgétaire et financière
8. Gestion d'information
9. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
10. Sécurités

PRISE EN CHARGE

11. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
12. Respect des droits des personnes
13. Vie sociale et relationnelle
14. Vie quotidienne - Hébergement

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs

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 Francois VILLON, situé au 17 rue Francois VILLON , n°FINESS 770017119, 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, dans une catégorie de risque élevé.

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée sur place le 08/12/2022, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Cette mission d'inspection a été réalisée par l'ARS.

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 de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion budgétaire et financière
8. Gestion d'information
9. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
10. Sécurités

PRISE EN CHARGE

11. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
12. Respect des droits des personnes
13. Vie sociale et relationnelle
14. Vie quotidienne - Hébergement
15. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

16. Environnements
17. Coordination avec les autres secteurs.

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**.

Présentation de l'établissement

Situé au 17 Rue François Villon – 77140 NEMOURS, l'EHPAD Résidence François Villon est géré par l'association Groupe BRIDGE située 11 Rue de Longchamp 75116 PARIS.

Ouvert en 1988, l'EHPAD Résidence François Villon dispose de 76 places en hébergement permanent. Il ne dispose pas de places en accueil de jour et n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il est doté d'un- pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places et d'une unité de vie protégée (UVP).

Selon l'ERRD 2021, le GMP s'élève à 788 et le PMP à 236¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont variables aux chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 56 résidents accueillis au 31/12/2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD FV, 2021					
IDF ²	15,43%	38,36%	18,92%	18,24%	4,57%

Le budget de fonctionnement est de 1 830 385,74 € en 2021, dont 259 023,13€ à titre non reconductible.

Activités (ERRD Annexe activité Avec les absences de moins de 72h)

	2021	2020	2019
HP (cible >= 95%)			

Soins/dépendance (ERRD annexe ETP)

Données ERRD

GMP/PMP validé en 2018	PMP	GMP	Charges en soins (PMP x nbr de places HP)/ETP IDE Cible < 4300	Charges en dépendance (GMP x nbr de places HP)/ETP AS-AMP) Cible < 3 200
2020				
2019				

ETP réels/prévus	ETP IDE	ETP AS/AMP	ETP MEDco	ETP IDEC	ETP Total
2020					
2019	NC	NC			

Un CPOM n'est pas encore conclu et est prévu en programmation pour 2023.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence François Villon		
Nom de l'organisme gestionnaire	SAS BRIDGE SG HOLDING		
Numéro FINESS géographique	770017119		
Numéro FINESS juridique	770815298		
Statut juridique	Privé à but lucratif		
Option tarifaire	PARTIEL		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	76	76
	HT		
	PASA	14	
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

	Année 2018	Année X	Année X
PMP Validé	236		
GMP Validé	788		

³ Au jour du contrôle sur place
7/60

Déroulé du jour de l'inspection

Arrivée de la mission à 8h30 qui a été reçue par la gouvernante, la directrice n'étant pas encore dans les locaux. La mission a donc débuté par la visite des locaux et des chambres. A l'arrivée de la directrice, le déroulé du mode opératoire de cette inspection lui a été présenté. La mission a ensuite enchaîné sur l'entretien de cette dernière. Vers 11h00, la directrice régionale (n+1) et la directrice des opérations (N+2) sont arrivées, se sont présentées et ont commencé à accompagner leurs équipes dans la constitution des pièces à remettre à la mission. Le directeur des soins est arrivé par la suite et a commencé à accompagner l'IDEC sur les pièces aussi à fournir côté soin.

La mission n'a pu repartir avec les copies demandées au motif d'une panne d'imprimante. De même, la mission est repartie sans avoir pu récupérer la totalité des pièces demandées sur la clé USB. Il a été convenu d'un WE-transfert. Bien qu'il ait été promis la transmission de ces pièces pour le lendemain, le WEtransfert a été effectué le 13 décembre après un appel téléphonique de relance par la coordinatrice de la mission.

Le pointage des pièces fait montre 32 documents fournis sur les 51 demandés (voir annexe 2). Toute pièce non fournie est ainsi considérée comme non existante.

L'EHPAD Francois Villon est le dernier du groupe en Seine-et-Marne à être inspecté.

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

L'autorisation de la structure n'est pas à jour, le nom du gestionnaire indiqué dans l'arrêté d'autorisation est encore DOMIDEP. Un nouvel arrêté de mise à jour sera communiqué à l'établissement. La structure avait envoyé un courrier d'information aux autorités de tutelle mais n'avait pas sollicité de cession. A noter qu'un projet d'évolution de l'offre a été présenté aux autorités de contrôle et de tarification à l'occasion d'une rencontre, mais en l'absence de dossier déposé, aucun engagement ne peut être considéré comme acté par ces ACT.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation				
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement <p>À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation.</p> <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique</p>			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ?</p> <p>Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG</p>	<p>L'établissement géré précédemment par DOMIDEP a été repris par le groupe Bridge par rachat de parts sociales. L'arrêté d'autorisation de la structure n'indique par ce transfert de gestion. Il est rappelé à l'établissement qu'une communication actant du rachat est nécessaire afin que les autorités de contrôle et de tarification puissent mettre à jour les informations de l'établissement.</p>	E	<p>L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements) D 313-10-08</p> <p>D313-10-08 du CASF</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat 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 (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?	Le PASA ne répond pas au cahier des charges car il n'a pas d'espace extérieur clôturé. Lors de l'inspection, il y a ■ résidents en HP dans l'EHPAD pour une capacité autorisée de 76 places soit un taux d'occupation de ■■. Ce taux d'occupation est inférieur au taux d'occupation attendu qui devrait être de 95% minimum. Toutes les chambres sont individuelles et certaines peuvent communiquer.	E R	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) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR)
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes			
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 ?	La direction n'a pas transmis de document relatif au projet de service spécifique au PASA. Il est considéré comme inexistant.	E	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier</p>			
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? <p>Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?</p>	<p>L'EHPAD accueille ■■ résidents âgés de ■■ ans (dérogation personne handicapée) à ■■ ans.</p> <p>■■ résidents sont en GIR 1 : ■■ résidents sont en GIR 2 ■■ résidents sont en GIR 3 ■■ résidents sont en GIR 4 ■■ résidents sont en GIR 5</p> <p>■■ de GIR 1 et 3 ■■ % de GIR 1 et 2</p>		<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 médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).</p>

Management et Stratégie

L'équipe d'encadrement de l'EHPAD a récemment été renouvelée. Une nouvelle directrice est arrivée à l'été 2022 et la nouvelle IDEC est arrivée à l'automne 2022. Ce nouveau binôme semble bien fonctionner et a commencé à réviser les procédures de l'établissement et l'organisation de travail. Cette dynamique devra être maintenue afin d'améliorer la qualité des prises en charge au sein de l'EHPAD.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique et Managérial			
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	-Oui, ce document a été présenté à la mission le jour de l'inspection. Daté du 2019-2023, il est en cours de validité. Il n'a pas été transmis à la mission		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bientraitance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	En l'absence de document, ces éléments sont invérifiables	E	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Le Plan bleu existe et a été transmis. Les modalités d'organisation y sont décrites ainsi que le PCA, mais n'est fait aucune mention sur les modalités de reprise d'activité.	R	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	Oui Oui, il existe un organigramme, il n'est pas affiché L'organigramme est nominatif mais ne reprend aucun ETP, il n'a pas de date de mise à jour	R	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	La missions n'a relevé aucun signe de conflits, le climat social ressenti est bon. L'absentéisme et le taux de rotation des personnels sont faibles, aucune autre information n'a été apportée à la mission.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t'il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Le DUD existe, il correspond assez à un contrat d'engagement. Le directeur doit pouvoir informer le siège en cas d'incident. Mais Aucun descriptif relatif à un soutien n'est décrit. Pas de modalités de contact en urgence décrites.	R	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.6	Management et Stratégie	<p>Date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>ETP du directeur au sein de l'EHPAD ?</p> <p>Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?</p> <p>Est-elle cohérente avec les délégations accordées ?</p> <p>Quel est le champ de compétences du directeur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs 	<p>La directrice a pris ses fonctions en juillet 2022, 1 ETP, elle n'a pas de gestion de direction dans d'autres EHPAD mais peut être amenée à assurer un intérim ou pallier à une absence (en cas de congés) d'un autre EHPAD du groupe si nécessaire.</p> <p>Le groupe gestionnaire n'a pas fourni la fiche de poste et le contrat n'est pas signé par la salariée (est indiqué que la fiche de poste est annexée au contrat, sans y être jointe).</p> <p>Les champs de compétences sont repris au chapitre 3 du contrat avec les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Gestion de la communication interne et externe 	R	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	Diplôme de la directrice existant et transmis. La directrice vient de recevoir son diplôme de master en sciences humaines et sociales.		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	<p>Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?</p> <p>Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ?</p> <p>Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?</p>	S'il en existe, elles ne sont pas connues et aucun document n'a été transmis attestant de leur existence.	R	
1.2.2.9	Management et Stratégie	<p>Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ?</p> <p>Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?</p>	La direction était présente le jour J, le remplacement n'est pas formalisé, même si la directrice indique que la gouvernante et l'assistante savent comment faire.	R	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.10	Management et Stratégie	<p>Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ?</p> <p>Quel est leur contenu ?</p> <p>Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?</p>	Le DUD ne prévoit aucune délégation, en l'absence de la direction , il ressemble plutôt à un contrat, signé par la directrice, et non signé du délégataire. Il reprend les missions de la fiche de poste de la direction, il n'est absolument pas indiqué si ce document a été communiqué et publié au sein de l'établissement.	R	<p>D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes)</p> <p>R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD)</p> <p>D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public)</p> <p>D315-70 CASF (transmission et publication des délégations)</p> <p>D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)</p>
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Non indiqué dans le DUD	R	<p>D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A)</p> <p>D315-68 CASF (contenu délégation)</p> <p>D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)</p>
1.2.2.12	Management et Stratégie	<p>L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ?</p> <p>Sur quel ETP ?</p> <p>L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?</p>	Oui, l'établissement dispose d'un poste d'IDEC pourvu, temps plein. L'IDEC est diplômée.		<p>RBPP</p> <p>HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011</p> <p>Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)</p>
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La Fiche de poste est signée des deux parties		
1.2.2.14	Management et Stratégie	<p>Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge?</p> <p>Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ?</p> <p>Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?</p>	<p>Un medco est salarié de l'établissement. Il est chargé de la coordination de l'équipe et de la prise en charge des résidents en collaboration avec l'IDEC.</p> <p>Le medco travaille à hauteur de 0,45ETP. A la date du contrôle, il devrait être à 0,5 ETP. En 2023, sa quotité de temps de travail devra être de 0,6 ETP.</p>	E	<p>D312-156 du CASF (ETP MedCo)</p> <p>ATTENTION changement des ETP / nombre de places au 01/01/2023</p>
1.2.2.15	Management et Stratégie	<p>Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validés dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie. 	-Le medco dispose d'un [REDACTED]		<p>D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo)</p> <p>décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.17	Management et Stratégie	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	La mission est dans l'impossibilité de répondre, il est indiqué dans le contrat que les missions sont annexées à ce dernier mais cette annexe n'est pas jointe.	E	D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social – Médiatique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA	Les affichages sont les suivants : x tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme x règlement de fonctionnement x PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction x charte des droits et libertés de la personne accueillie x programme des animations de la semaine x menus affichés à jour x tarifs et horaires des diverses prestations x numéro 3977/ALMA <input type="checkbox"/> Arrêté départemental de Personnes qualifiées La liste des personnes qualifiées du département (à demander à l'accueil) n'est pas présente, n'est pas connue du personnel ni de la direction et du groupe de gestion.	E	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) L. 311-5 du CASF (personne qualifiée) R 311-1 CASF R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

Le Conseil de vie social est fonctionnel. La mission a pu rencontrer et auditionner sa Présidente.

L'établissement dispose d'une animatrice à temps plein. Sa mission auprès des résidents est de recueillir les besoins, d'élaborer leurs projets personnels. Elle anime la commission avec les familles. Le planning des animations est affiché et est constitué avec les résidents. Il est en lien avec le soutien des aides-soignantes de 14H30 à 16h et le Weekend. Des bénévoles se déplacent régulièrement pour une animation « tricot » le mercredi après-midi, de la lecture, des jeux société ou de la musique.

Enfin, la commune organise des temps intergénérationnels, le centre de loisir du secteur se déplace une fois par mois.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Const at E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes	L'équipe d'inspection a vérifié les dispositions prises en termes d'affichage des informations réglementaires au sein des locaux. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est disponible sur un tourniquet dans le hall d'accueil de l'EHPAD, mais mériterait une meilleure lisibilité conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Le règlement intérieur précisant les mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes est également présenté sur le tourniquet et les tarifs pratiqués par l'établissement sont affichés au même endroit.		D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Oui, 1 ^{ère} année de la présidente en novembre 2021, le fils d'un résident gère avec les familles extérieures. Le recueil des réclamations peut être fait par l'infirmerie, la directrice et par mail, la présidente ne sait pas s'il existe un registre. Le CVS se réunit tous les 3 mois et 1 fois par an pour les élections, l'animatrice participe et aide les résidents à aller voter, celle-ci participe aux réunions du CVS et a un accès au compte-rendu.		D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Const at E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informés des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Le CVS n'est pas informé des EIG.	E	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement) et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités)

Gestion de la qualité

Les procédures relatives aux soins sont en cours de mise à jour par la nouvelle IDEC de l'établissement en lien avec le directeur des soins du siège et le medco.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité				
1.4.1.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaines ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	L'IDEC est référente pour les procédures soins. Il n'y a pas de responsable qualité dans l'EHPAD.		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018

1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Il n'a pas été transmis d'éléments à ce sujet donc la mission considère que ce document est absent.	E	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
1.4.2.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Une évaluation externe a été transmise le 30/12/2014.		L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Managérial			
1.4.3.1	Gestion de la qualité	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 (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels	Lors de l'inspection, la nouvelle IDEC était en train de refaire l'ensemble des procédures. La liste des procédures actuelles ne mentionne pas de procédure relative à la prévention de la maltraitance. Une charte de bientraitance est affichée dans le hall d'accueil de l'EHPAD. La mission n'a pas pu vérifier que cette procédure est mise en place.	R	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'étab et rôle de l'encadrement ... », 2008

1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?	Les salariés de l'établissement ne semblent pas suffisamment sensibilisés sur la déclaration des EIG liés à la maltraitance aux autorités de contrôle et de tarification.	R	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)
---------	------------------------------	---	---	---	---

Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

La direction dispose de quelques outils d'aide à la gestion des risques et évènements indésirables (plan d'action suite à un évènement indésirable, fiches de déclarations). Cependant, ces procédures ne sont pas toujours connues par l'ensemble des salariés.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des personnes – Juridique – Médiaque			
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Apprécier l'organisation de la gestion des évènements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			

N°IGAS Sous-thème		Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? <p>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ? 	<p>Une copie d'enquête de satisfaction menée au niveau du siège nous a été fournie et datée d'octobre 2022. Cependant la mission ne dispose pas d'éléments concernant le système d'enregistrement ainsi que la périodicité.</p> <p>En ce qui concerne les sollicitations des familles des résidents, la directrice nous a indiqué qu'elles étaient répertoriées dans un cahier. Une sollicitation mentionnée (datant de 2018) et le document ne fait aucune mention de son suivi.</p>	R	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ?</p> <p>Les équipes se sont-elles appropriées la procédure?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p> <p>Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?</p>	<p>Il existe une procédure de déclaration des événements indésirables. Cependant, les entretiens révèlent un manque de connaissance de la procédure de déclaration des événements indésirables. Le personnel n'est pas suffisamment formé à cette classification.</p> <p>Une procédure en interne existe et une fiche permet à tout personnel de faire une déclaration en version manuscrite pour l'enregistrement par la suite sur le logiciel [REDACTED]</p> <p>Deux fiches de signalements d'événements indésirables nous ont été transmises.</p> <p>Une fiche en date du 12/10/2022 qui décrit un dysfonctionnement du circuit du médicament : médicament écrasé dans un dessert qui a été consommé par un résident non destinataire.</p> <p>Une autre fiche en date du 08/11/2022 qui montre aussi un dysfonctionnement au circuit du médicament : Une gélule TAMSULOSINE, n'a pas été prise la veille par le résident.</p> <p>Ces déclarations ont été traitées en interne et un plan d'action et de suivi a été réalisé pour chacun de ces événements (rédigé dans un document interne dénommé plan d'action et de suivi d'EI).</p>	R	<p>L313-24 CASF (protection du salarié déclarant)</p> <p>RBPP HAS, "Mission du responsable d'étab et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008</p> <p>Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ?</p> <p>Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Des retours sont-ils faits aux déclarants ?</p>	<p>L'information de ces EIG n'est pas prévue au CVS. Cf 1.3.3.2</p> <p>Sans PACQ, la mission considère que ces actions ne sont pas incluses dans ce document. Cf 1.4.1.7</p> <p>La mission n'a pas l'information quant à un retour aux déclarants.</p>	<p>E</p> <p>R</p>	<p>L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités)</p> <p>R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées)</p> <p>R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</p> <p>R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)</p> <p>HAS, "Mission du resp d'étabt et rôle de l'encadr / maltraitance", 2008</p>
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS - CD - Procureur de la République <p>Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?</p>	<p>La déclaration aux autorités compétentes est laissée à l'appréciation de la direction, après avoir fait remonter le signalement au niveau du groupe.</p> <p>L'évènement du 12/10/2022 n'a pas été signalé aux autorités compétentes (ARS et Conseil départemental) or, cet évènement a conduit au décès d'une résidente (double dose de médicament ingérée). Ainsi, la mission conclue à une sous déclaration des EIG au niveau de l'ARS.</p>	E	<p>L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente)</p> <p>R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</p> <p>L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)</p> <p>Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)</p>
1.5.1.7	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?</p>	<p>La mission n'a pas eu connaissance d'une procédure liée à la gestion des événements indésirables liés à la PECM. Cependant, l'IDEC nous a indiqué qu'un processus de mise à jour de toutes les procédures était en cours de réalisation.</p>	R	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

La directrice est responsable de la bonne gestion des ressources humaines au sein de l'EHPAD. Elle travaille en collaboration avec l'IDEC qui est chargée des plannings des soignants et de l'organisation de leur travail. Le personnel non soignant est supervisé directement par la directrice. Les dossiers des salariés ne sont pas toujours complets et les procédures de gestion des ressources humaines doivent faire l'objet d'une actualisation et d'une meilleure communication auprès des agents. Une meilleure communication sur la validation des acquis de l'expérience et sur l'accès à la formation doit être mise en place au sein de l'EHPAD.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none">- Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances...- Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés- Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents- Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...)- Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social</p>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ?</p> <p>Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE<4300 ; Charge en dépendance par AS/AES <3200</p> <p>Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque</p> <p>Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque)</p> <p>- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?</p>	<p>Au jour de la visite, il y a ■ salariés en poste au sein de l'établissement : - 1 Directrice - ■ Encadrement – ATM – Animation - ■ Equipe soins - ■ Bio nettoyage - ■ Cuisine - ■ Lingerie - ■ Equipe de nuit</p> <p>Ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE<4300 ; Charge en dépendance par AS/AES <3200</p> <p>Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque : il est de ■</p> <p>Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque) : il est de ■</p> <p>Une liste des membres du personnel couvrant la période du 1^{er} octobre 2022 au 30 novembre 2022 a été fournie. Le tableau indique société Agena (ancienne dénomination). La liste du personnel ne couvre pas la date de l'inspection et ne permet donc pas d'identifier les personnels de l'établissement au jour de l'inspection. L'établissement n'a pas transmis une liste à jour du personnel de l'EHPAD.</p>		<p>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</p>
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p> <p>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p>	<p>Tous les contrats de travail n'ont pas été fournis à la mission. Il est donc impossible de se prononcer sur ces points.</p> <p>Lors de l'entretien de la directrice, l'information du recours au CCD et aux intérim était minime, et les personnes fidélisées. Ces éléments devront pouvoir être vérifiés par l'ARS par le remplissage des tableaux de bord de la performance pour 2022.</p>		<p>Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF</p> <p>Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	L'analyse des dossiers des personnels a permis de constater les points suivants : - Les contrats de travail ne sont pas toujours signés par les deux parties. - Les comptes rendus d'entretiens d'évaluation ne figurent pas dans les dossiers. Cela a été signalé le jour de l'inspection et l'équipe de direction présente a dit que les évaluations étaient classées dans un classeur à part. Ce classeur n'a toutefois pas été présenté à l'équipe d'inspection.	R	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?	Les dossiers administratifs ne sont pas complets. Dans les dossiers consultés, les diplômes étaient présents. Cependant, tous les diplômes des salariés n'ont pas été fournis à la mission.	R	Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4°alinéa CASF (qualification des professionnels) 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)
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial - Social			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ?</p> <p>Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?</p> <p>Quels sont les thèmes des formations (bienveillance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?</p> <p>Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ?</p> <p>Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?</p>	<p>Il n'a pas été transmis de plans de formation pour les années N-2, N et N+1 à la mission.</p> <p>Les salariés peuvent effectuer des formations externes mais elles ne sont pas forcément financées par l'EHPAD.</p> <p>Les professionnels ne savent pas forcément bien comment accéder aux formations.</p> <p>L'établissement n'a pas pu apporter cette information à la mission. L'établissement devra respecter l'existence et les modalités d'actualisation du plan de formation</p> <p>Lors de l'inspection, l'IDEC remettait à jour les propositions de formation avec la directrice.</p>	E	<p>L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels)</p> <p>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</p> <p>L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008</p>
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ?</p> <p>Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ?</p> <p>Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ?</p>	<p>L'établissement n'a pas pu apporter d'éléments relatifs à ce sujet.</p> <p>Aucun personnel n'est actuellement accompagné par l'établissement dans le cadre d'une formation VAE</p>	R	
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Les nouveaux arrivants sont-ils accompagné d'un pair ?</p> <p>Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?</p>	<p>Il n'y a pas de protocole d'accueil formalisé pour les nouveaux professionnels.</p> <p>Les autres informations n'ont pas été apportées par l'établissement, les entretiens n'ont pas permis de prouver que les nouveaux arrivants sont parrainés/tutorés de manière formalisée.</p> <p>Il ne semble pas exister de pratiques de soutien aux professionnels.</p>	R	<p>HAS « La bienveillance : 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 »)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Les temps d'échange sont essentiellement des transmissions écrites. La nouvelle directrice et l'IDEC sont en train de mettre en place des réunions hebdomadaires d'équipe.	R	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	L'IDEC est chargée de faire les plannings. Les professionnels connaissent leurs fiches de poste. La construction des plannings prend en compte la difficulté des tâches à effectuer dans certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels. Les plannings sont gérés : - Pour les soignants par l'IDEC, - Pour les équipes hôtelières par la direction		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 ?	Les professionnels ont une fiche de tâches heurées et elles ont été transmises à la mission. - horaires du personnel, = les professionnels travaillent majoritairement en ■■■■ pour les soignants, d'après les fiches heurées fournies. Le jour de l'inspection, la mission a rencontré des difficultés pour avoir la liste du personnel présent ce jour.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Admin = utile pour questionnaires IDE, AS, AMP. Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	-La fiche de poste du medco et de l'IDEC ont été transmises. Ces fiches de postes sont signées des agents et présentent les grandes lignes de leurs missions. La fiche de poste du medco décrit les missions suivantes : s'assurer de l'organisation générale des soins. Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques. Evaluer la dépendance des personnes, participe à l'élaboration des projets de soins individualisés. Organiser la collaboration des professionnels de santé. La fiche de poste de l'IDEC comporte les éléments suivants : veiller à l'accueil des résidents, participer à l'élaboration des PPI, planifier les soins et mettre à jour les procédures de soins. Garantir les transmissions, gérer les agents, contrôler et commander le matériel de soins, participer à la démarche qualité de l'EHPAD. En cas d'absence du medco, de l'IDEC ou de la directrice, il existe une procédure de travail en mode dégradé. Il n'a pas été communiqué de tableau d'astreintes à la mission.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	La mission n'a pas constaté lors de sa visite de glissement de tâches entre les catégories de personnels.		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) 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 ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?	L'EHPAD s'organise avec une liste de remplaçants. Il n'existe pas de procédure écrite relative à l'organisation des remplacements		

Gestion budgétaire et financière

L'établissement est sous ERRD et EPRD depuis 2017. Les ERRD et EPRD 2019 n'ont pas été déposés sur la plateforme CNSA lors de la passation du gestionnaire DOMIDEP à SAS BRIDGE SG HOLDING, lors de transfert de gestion ce point doit faire l'objet d'échanges entre l'ancien et le nouveau gestionnaire afin que cette obligation soit remplie. Les annexes financières sont complètes ainsi que le rapport.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.2.0.0	Gestion budgétaire et financière				

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.2.1.0	Gestion budgétaire et financière	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les responsabilités pour la gestion budgétaire et financière sont définies et respectées Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier	La directrice a la délégation sur la gestion administrative et financière (Budgets, Appels d'offre, Maitrise des coûts, Vérification de la bonne exécution des opérations administratives, Mise en conformité avec les obligations légales)		
2.2.2.0	Gestion budgétaire et financière	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier la conformité comptable de la structure : o l'application des règles budgétaires en tenant compte du statut de la structure o l'application des règles de facturation en tenant compte du statut de la structure Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier	L'ERRD 2021 a bien été déposé sur la plateforme CNSA et le contenu des annexes est conforme.		Articles R314-9 à R314-13
2.2.3.1	Gestion budgétaire et financière	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'équilibre financier de la structure et, selon le cas, de l'entité gestionnaire Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier	L'ERRD 2021 simplifié présente un résultat excédentaire de [REDACTED]		
2.2.4.0	Gestion budgétaire et financière	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier le respect des règles relatives aux frais de siège en tenant compte du statut - S'assurer du caractère raisonnable des frais des administrateurs (frais de mission, frais de formation...) Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier	Pas de frais de siège		

Gestion d'information

L'activité de la structure est transmise via EPRD et ERRD dans l'annexe 4 ainsi que dans le rapport d'activité.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.0.0	Gestion d'information				
2.3.1.0	Gestion d'information	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'existence des rapports réglementaires (Rapports d'activité, rapport médical...) <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique - Managérial</p>	Le rapport d'activité est fourni en même temps que l'EPRD et l'ERRD mais il ne contient pas le rapport médical.		
2.3.1.2	Gestion d'information	<p>Existe-t-il des documents présentant des données statistiques portant sur les personnes prises en charge et sur l'activité de la structure ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau GIR - Tableau PATHOS - RAMA - RAA - Tableau de bord de la performance - ESMS 	L'activité de la structure est transmise via EPRD et ERRD dans l'annexe 4, des données sur le GIR et PATHOS sont renseignées, mais les tableaux de bord de la performance ne sont pas remplis depuis [REDACTED]	R	<p>Article R314-50 CASF (rapport d'activité)</p> <p>R314-49 CASF (délai de transmission bilan comptable EHPAD)</p> <p>D312-203 CASF (action démarche qualité dans RAA)</p> <p>R314-3 CASF (calendrier budgétaire EPRD)</p> <p>En application de l'article R. 314-29 du CASF, 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.</p>
2.3.1.4	Gestion d'information	<p>Le médecin coordonnateur rédige-t-il un rapport annuel d'activité médicale ?</p> <p>Ce rapport retrace-t-il les modalités de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge médicale, - les caractéristiques de la population accueillie, - les recours aux urgences, les hospitalisations <p>Y a-t-il une analyse des données de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - morbidité, - mortalité, - des événements indésirables, - des complications liées aux soins 	<p>Un rapport annuel d'activité médicale est rédigé par le médecin coordonnateur.</p> <p>Tout est retracé sauf la liste des protocoles (bonnes pratiques) qui n'est pas renseigné</p>	R	<p>D. 312-158 (10°) CASF (MedCo rédige RAMA avec équipe soignante / RAMA retrace l'évolution de l'état de dépendance et santé des résident)</p> <p>D. 312-155-3 al 9°, CASF (MedCo rédige RAMA)</p> <p>D. 312-158 (4°) CASF (MedCo doit évaluer l'état de dépendance-GIR)</p> <p>Modèle de trame RAMA 2020 -ARS pays de Loire</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.2.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ?	La mission a fait le constat de l'absence et de la méconnaissance de registre des dates d'entrées et de sorties.	E	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S)
2.3.3.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier l'adéquation des systèmes d'information aux besoins de la structure - Vérifier que les règles applicables aux accès aux informations personnelles sont respectées (code accès et mot de passe personnel, RGPD) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
2.3.4.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	Les dossiers des résidents sont incomplets. L'EHPAD indique qu'ils sont en cours d'actualisation La désignation de la personne de confiance, les directives anticipées sont prévues. Absence d'information sur le droit à l'image ou le sujets relevant de l'informatique et des libertés.	E	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.4.4	Gestion d'information	Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	L'établissement utilise [REDACTED] pour la gestion des dossiers, utilise des codes d'accès adapté à l'utilisateur. Dans le logiciel, accès avec codes personnels et selon profil de consultation		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel) HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

Bâtiments, espace extérieurs et équipements

De manière générale, le bâtiment semble bien entretenu. L'intérieur est bien entretenu, peint du sol au plafond avec des images qui donnent vie au local. L'établissement se compose de [REDACTED] s en plus du rez de chaussée (qui abrite l'espace accueil, deux compartiments de salle à manger, et une cuisine). Les chambres sont réparties sur [REDACTED]. Chaque étage est configuré de façon similaire : chambres, local infirmier et espace de stockage. Un étage a été entièrement sécurisé. Depuis septembre 2019, un gros chantier de rénovation a débuté au sein de la résidence. L'ensemble des chambres, des couloirs seront refaits ainsi que les parties communes des étages et du rez-de-chaussée. Les couloirs sont bien espacés et éclairés. A ce jour, les [REDACTED] ont été refaits afin d'être plus lumineux permettant ainsi une meilleure visibilité pour les personnes accueillies, [REDACTED] chambres ont été refaites et l'ensemble du mobilier des chambres a été changé.

Le PASA est installé au rez de chaussée. Au [REDACTED] se localise l'unité de vie protégée (UVP).

Lors de la visite, la mission a constaté la vétusté des locaux de restauration et de lingerie. Dans le sous-sol de la cuisine où sont stockés les réfrigérateurs et les congélateurs, une fuite d'eaux usées était non réparée depuis 3 jours. La direction n'en était pas informée. L'intervention était prévue pour le jour de la visite.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement				
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ?</p> <p>Taux de vétusté des locaux et des équipements ?</p>	La présentation de l'établissement dans son ensemble est satisfaisante (bâtiment vu de l'extérieur et de l'intérieur).		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ?</p> <p>OU l'EHPAD est-il climatisé ?</p>	L'établissement dispose d'un local équipé d'un système de refroidissement.		D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution :</p> <p>- circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ?</p> <p>- Circulations verticales : ascenseurs... ?</p>	<p>La circulation se fait aisément au sein de l'institution.</p> <p>Présences d'ascenseurs et facilité d'accès aux espaces horizontaux (locaux collectifs, couloirs assez spacieux)</p>		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	Oui, il y'a notamment la présence de lève-personnes.		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	<p>Un agent d'entretien en ■■■ ayant une quotité de travail égale à ■■■ Mois travaille au sein de l'établissement.</p> <p>Le jour de l'inspection, l'équipe d'inspection a constaté la vétusté des cuisines et il y avait une fuite d'eaux usées. Cette fuite d'eau est source de glissades et surtout de risques en terme de contamination des aliments. La direction n'était pas informée de cet incident qui avait eu lieu 3 jours avant le jour de la visite de la mission. Une intervention était programmée. La mission relève le manque de procédure d'information en lien avec la direction sur ce type d'inciden ne lui permettant</p>	R	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			pas d'apprécier la situation ni de prendre des mesures immédiates qui relèveraient de sa compétence.		
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) qu'elles soient faites en interne ou externalisées <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Financiers			
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le linge plat est lavé en extérieur par une société de prestation (ELIS) qui ramasse le linge sale des résidents à travers des gros sacs. Le linge des résidents est lavé, séché et repassé en interne. Il ya cependant une seule salle où sont disposés le linge sale et le linge propre. Il existe un sens de marche en avant : à gauche, le linge sale stocké à l'entrée de la salle, les machines à laver devant au fond et les habits lavés ainsi que la table de repassage à droite (circuit en forme de U).		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

Sécurités

L'établissement a mis en place un certain nombre d'outils afin de garantir la sécurité des résidents. Ces derniers peuvent être améliorés dans le but d'atteindre une meilleure efficacité et garantir une sécurité et protection optimales pour les personnes accueillies au sein de l'EHPAD.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurités				
2.5.2.11	Sécurités	Quelles sont les modalités de surveillance des vaccinations des résidents ? Quelle est la proportion de résident vaccinés contre la grippe saisonnière ?	Le suivi de la vaccination contre la grippe saisonnière est effectué à partir d'une liste reprenant la date de vaccination, le numéro du lot et des informations d'ordre médical si nécessaire. En 2022, [REDACTED] résidents ont reçu une dose de vaccin contre la grippe, so [REDACTED]		
2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Il existe des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation notamment les barres d'appui systématiques.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	Un code est nécessaire pour sortir de l'établissement, il y a une personne à l'accueil.		L311-3 1° CASF
2.5.4.3	Sécurités	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 ?	Un système d'appel malade existe hormis au sein de l'unité de vie protégée (UVP). La direction assure que cette décision a été conjointement prise avec le Medco. Un système de ronde permanente à l'UVP est mis en place et ainsi selon les déclarations de la direction, les résidents ne sont jamais seuls. Au sein des autres unités de vie, la mission a effectué un test. Il a été noté une durée de 5min pour qu'un salarié intervienne. A noter que les modalités d'appel se font via un médaillon. Peu accessible à proximité, absent dans la salle de bain si la personne ne l'a pas sur elle. Ex : l'usager de la chambre avait son médaillon rangé dans son sac et non autour du cou. Cette situation interpelle quant à la pertinence de ce système d'appel.	R	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

L'origine des demandes d'admission est principalement familiale. La mission a pu constater à la consultation des dossiers administratifs des résidents (règlement intérieur) que l'établissement décrit une procédure d'admission et de fin de prise en charge.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie				
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes - Maltraitance			
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? Existe-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?	Les demandes proviennent de diverses origines (principalement familles, hôpital). Le DU CERFA n'est pas utilisé, ni connu. Via trajectoire n'est pas mis à jour. Il semble existe une procédure décrite dans le règlement intérieur mais pas de procédure spécifique formalisée décrivant les processus d'admission, ni de critères établis avec une communication relative à un refus d'admission.	E E E	(obligation cerfa DU) R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les documents prévus par les textes existent et sont appliqués (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) - Vérifier que les différentes procédures applicables tout au long du séjour sont effectives			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		<u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance			
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - S'assurer de la qualité des prestations offertes par la structure notamment : - Vérifier l'existence du projet d'accueil et d'accompagnement - Vérifier que les modalités d'accompagnement tout au long du séjour respectent le projet d'accueil et d'accompagnement - S'assurer que l'accompagnement proposé prend en compte la famille et l'entourage et qu'un référent a été identifié au sein de la structure <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique ; Maltraitance			
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	La mission n'a pas pu vérifier si chaque résident bénéficiait d'un référent PAI. Les entretiens laissent à penser qu'il n'en existe pas. Les résidents n'en ont pas connaissance.		L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des personnes ; Maltraitance			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP										
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 ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	L'établissement n'a pas apporté les éléments explicatifs Les contrats/conventions n'ont pas été transmis à la mission	E	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)										
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	La transmission se fait essentiellement vi la logiciel TITAN Les équipes se chevauchent entre celles de la nuit et de la journée de la manière suivante : <table><tr><th>Poste</th><th>Horaires</th></tr><tr><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>■</td><td>■</td></tr></table>	Poste	Horaires	■	■	■	■	■	■	■	■		L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)
Poste	Horaires														
■	■														
■	■														
■	■														
■	■														

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	Oui, il existe un petit local à disposition des familles		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	Oui, joint au livret d'accueil		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	L'appel aux personnes qualifié est inconnu de la structure. L'arrêté n'est pas affiché.	E	L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Le dispositif de désignation d'une personne de confiance est connu et bien décrit dans le livret d'accueil. Il n'existe pas de process écrit sur un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé.		L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes ; Maltraitance			R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	<p>Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ? 	<p>Les contentions sont comptabilisées dans le RAMA, elles sont individualisées et motivées. Il n'est pas précisé dans le document si la décision est issue d'une discussion pluridisciplinaire, sur prescription médicale et si est envisagé une réévaluation régulière. Il semble que, selon le descriptif du cadre de contention présenté dans le RAMA, ce sont des décisions ponctuelles et selon le contexte (chutes, malaises, agitations,...).</p>	R	<p>L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesure de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000 Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »</p>
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique : Maltraitance</p>			
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	<p>Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?</p>	oui		<p>L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011</p>

Vie sociale et relationnelle

La mission a pu constater que les résidents donnent le sentiment d'être bien accompagnés dans l'établissement, les activités proposées ainsi que la prise en charge sont adaptées et variées, le personnel soignant, la direction et la responsable des animations sont à l'écoute de leurs demandes.

N°IGAS Sous-thème		Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer (UVP, ...)	Une animatrice sur le poste qui recueille le souhait des résidents pour établir le projet de ce qu'ils veulent faire, l'animatrice établit le planning et anime la commission avec les familles. Programme des activités de la semaine affiché dans le hall. Des bénévoles de mairie viennent pour un atelier lecture, atelier jeux société, bénévole pour du tricot le mercredi après-midi, le centre de loisir se déplace une fois par mois, la commune organise l'intergénérationnel (9 ateliers)		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité+consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	La mission n'a pu en prendre connaissance.		

Vie quotidienne. Hébergement

L'établissement propose des chambres adaptées aux résidents et ils peuvent l'aménager à leurs convenances. L'accès répond aux normes d'accessibilités. L'EHPAD propose une restauration adaptée. L'établissement procède aux enquêtes de satisfaction sur la restauration (82% de satisfaits). Il existe une commission des menus avec la diététicienne. Il y a deux salles pour la restauration, plus le PASA. Des plans de tables sont instaurés avec le nom des résidents.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0	Vie quotidienne - Hébergement				D312-159-2 CASF (prestation minimales d'hébergement)
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	Les chambres sont conformes et adaptées, le résident peut apporter du petit mobilier.		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Les résidents peuvent parler de leur menu, il existe une enquête de satisfaction sur la restauration (82% sont satisfaits), et il y a une commission des menus avec la diététicienne.		Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Le menu est mis en place à l'entrée de salle de restauration avec une carte de remplacement si besoin.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ?	Oui, par un diététicien du groupe Bridge Il existe un classeur qui spécifie les régimes (Mixés, entiers/viande hachée, entiers et sans alcool strict) pour chaque personne.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?	Une liste des résidents avec les pesées régulières, un tableau de suivi des pesées dans le poste de soins.		D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ? Les commandes de changes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	La vie privée du résident semble être respectée par le personnel de l'établissement lors des changes (porte fermée). Les changes sont effectués le matin, après-midi, AS et personnel soignant vers [] monte les résidents pour les préparer au dîner (pour ceux qui mangent en chambre) et le change. Oui, il existe un planning Les commandes sont bien basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents		L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)

Soins

La directrice, le MedCo et l'IDEC sont garants de l'organisation des soins au sein de l'EHPAD. Ce trio de direction bénéficie également de l'appui d'un directeur des soins du groupe Bridge.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.0.0	Soins				
3.8.1.0	Soins	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes</p>			
3.8.1.1	Soins	Quelles sont les professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure : accompagnant éducatif et social/aide médico-psychologique/AVS, aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?	L'EHPAD comporte une équipe AS, IDE, animateur, directeur, MedCo.		L312-1 II 4°alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
3.8.1.2	Soins	Quelle est l'organisation du travail sur la base des contrats de travail, des fiches de postes, des fiches horaires en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, les jours fériés, les week-ends et pendant les périodes de congés et auprès de l'ensemble des personnes accueillies quel que soit l'architecture de la structure (pavillonnaire, unités de vie...) ?	<p>Les fiches horaires transmises permettent de voir que les soignants travaillent en 12h avec des plages de chevauchement (7h30-19h30 ou 8h-20h) ces périodes de chevauchement servent aux temps de transmissions. Il n'a pas été transmis de fiches horaires pour les équipes de nuit. Un planning des agents a été communiqué à la mission. Celui-ci permet d'identifier les agents de nuit.</p> <p>Un logigramme sur la conduite à tenir en cas d'absence de l'IDEC et du MedCo a été transmis à la mission. Il présente la procédure d'urgence avec reprise de la coordination par le siège de Bridge. Le logigramme prévoit qu'une définition des tâches essentielles soit faite en cas de procédure dégradée.</p> <p>Les éléments transmis ne permettent pas de vérifier l'organisation des soins la nuit.</p>	R	
3.8.1.4	Soins	<p>Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ?</p> <p>Un(e) infirmier(ère) d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ? Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?</p>	L'IDEC coordonne les soignants.		<p>D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire)</p> <p>D. 312-156 CASF (missions du MedCo)</p> <p>Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD)</p> <p>L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que l'organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et permet de mener à bien le projet de soins de la structure : évaluation des besoins, surveillance de l'état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments, rangement et archivage des dossiers des patients <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.2.4	Soins	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	L'établissement n'a pas pu démontrer qu'il existe un circuit du médicament formalisé et qu'une procédure est en cours d'élaboration.		R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) L311-3 1° CASF (sécurité du résident) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)
3.8.2.13	Soins	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	Les prescriptions du résident sont enregistrées sous [REDACTED] le pilulier n'est pas identifié avec la photo du résident		R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B
3.8.3.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.3.9	Soins	Le chariot des urgences est-il : - installé dans un emplacement visible du public - installé dans un endroit en permanence facile d'accès - accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires - en état de fonctionnement ?	La mission n'a pas pu constater la présence du chariot (non visible).	R	décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 loi du n°2018-527 du 28 juin 2018 Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)
3.8.4.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Éthique			

N°IGAS		Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.4.2		Soins	<p>Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ?</p> <p>Comment et par qui a-t-il été élaboré ?</p> <p>À partir de quels constats ?</p>	<p>Le projet d'établissement n'a pas été transmis. La mission considère que le volet relatif aux soins est aussi inexistant.</p>	E	<p>L311-8 (PE), D311-38 (soins palliatifs) et D312-158, 1° (projet général de soins) du CASF</p> <p>HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009</p>

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

La mission d'inspection constate le peu de formalisation dans les diverses conventions obligatoires si ce n'est avec la pharmacie de proximité pour la délivrance des produits médicaux.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	Groupements hospitaliers de territoire (GHT) La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ? La structure a-t-elle passé des conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour ?	L'établissement n'a pas fourni de justificatifs attestant de l'existence de conventions.	E	L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Recours à des professionnels libéraux mais pas de conventions établies. (cf. entretien directrice)	E	R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)

N°IGAS Sous-thème		Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	<p>L'établissement a-t-il des conventions avec :</p> <p>Quelles sont les modalités d'interventions et sont-elles effectives?</p> <p>L'établissement est-il partie prenante dans un réseau gériatrique ?</p>	<p>L'établissement déclare avoir une convention avec une HAD (aucun document attestant de cette convention n'a été transmise à la mission)</p> <p>La mission n'a pas connaissance de l'existence d'autres conventions.</p>	E	<p>L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</p> <p>L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS)</p> <p>R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier)</p> <p>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999</p> <p>Rel à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS</p>
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	Convention établie en 2020 entre une pharmacie et l'établissement.		L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Ecarts
E1	L'arrêté d'autorisation de la structure n'indique par ce transfert de gestion.
E2	Le PASA ne répond pas au cahier des charges car il n'a pas d'espace extérieur clôturé.
E3	La direction n'a pas transmis de document relatif au projet de service spécifique au PASA. Il est considéré comme inexistant
E4	L'EHPAD n'a pas transmis le projet d'établissement à la mission comme demandé, la mission ne peut pas garantir la conformité des éléments qui doivent le composer.
E5	Le nombre d'ETP de présence du MedCo (0,45 ETP) n'est conforme à la réglementation selon le nombre de résidents. Il devrait être de 0,5 ETP et devra passer à 0,6 ETP dès janvier 2023.
E6	Pas de document attestant de l'existence d'un contrat signé entre le directeur et le MedCo concernant les modalités d'exercice et de ses missions.
E7	La liste des personnes qualifiées du département (à demander à l'accueil) n'est pas présente, n'est pas connue du personnel ni de la direction et du groupe. Et son affichage est manquant
E8	Le CVS n'est pas informé des EIG
E9	Absence d'un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
E10	Une sous déclaration des EIG est constatée au niveau de l'ARS.
E11	Il n'a pas été transmis de plans de formation pour les années N-2, N et N+1 à la mission
E12	La mission a fait le constat de l'absence et de la méconnaissance de registre des dates d'entrées et de sorties
E13	Les dossiers des résidents sont incomplets notamment l'information sur le droit à l'image, et sur la CNIL
E14	Le DU CERFA n'est pas utilisé, ni connu en ce qui concerne les procédures d'admission.
E15	Via trajectoire n'est pas mis à jour..
E16	Pas de procédure spécifique formalisée décrivant les processus d'admission, ni de critères établis avec une communication relative à un refus d'admission
E17	L'établissement n'a pas apporté les éléments explicatifs concernant les modalités d'intervention des médecins traitants ainsi que sur l'existence éventuelle de contrats ou conventions qui les lieraient.
E18	L'établissement n'a pas fourni de justificatifs attestant de l'existence de conventions avec un établissement de santé (pour la gestion des urgences, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie entre autres)
E19	L'EHPAD a recours à des professionnels libéraux mais pas de conventions établies
E20	L'établissement a des conventions avec une HAD cependant, aucun document attestant de cette convention n'a été transmise à la mission. La direction ne nous a pas fourni d'informations, sur la participation de la structure à un réseau gériatrique.

Remarques

Numéro	Remarques
R1	Le taux d'occupation de l'EHPAD est de [REDACTED] ce qui est inférieur au taux d'occupation attendu qui devrait être de 95% minimum
R2	Il n'est fait aucune mention sur les modalités de reprise d'activité dans le plan bleu
R3	Dans le DUD, aucun descriptif relatif à un soutien et aucune modalités de contact en urgence ne sont décrits.
R4	Les contrats de travail des salariés ne sont pas toujours signés par les deux parties. Aussi, les comptes rendus d'entretiens d'évaluation ne figurent pas dans les dossiers.
R5	Le groupe gestionnaire n'a pas fourni la fiche de poste et le contrat n'est pas signé par la salariée
R6	Aucun document transmis qui atteste la tenue d'astreintes administratives
R7	Absence de procédure formalisée écrite décrivant les modalités de remplacement de la directrice.
R8	Le DUD ne prévoit aucune délégation, en l'absence de la direction. De plus, il n'est absolument pas indiqué si ce document a été communiqué et publié au sein de l'établissement.
R9	Le DUD ne mentionne pas si le directeur possède le pouvoir de subdéléguer sa signature
R10	L'organigramme de l'établissement est nominatif mais ne reprend aucun ETP. Aussi, il n'a pas de date de mise à jour et n'est pas affiché
R11	La liste des procédures actuelles ne mentionne pas de procédure relative à la prévention de la maltraitance.
R12	Les salariés de l'établissement ne semblent pas suffisamment sensibilisés sur la déclaration des EIG liés à la maltraitance aux autorités de contrôle et de tarification.
R13	La mission ne dispose pas d'éléments concernant le système d'enregistrement ainsi que la périodicité de l'enquête de satisfaction. En ce qui concerne les plaintes et réclamations des résidents et de leurs familles, la directrice nous a indiqué qu'elles étaient répertoriées dans un cahier. Cependant on y retrouve une seule sollicitation (datant de 2018) et ne fait aucune mention d'un quelconque suivi.
R14	La mission n'a pas l'information de retour de l'EHPAD aux déclarants suite au EI
R15	Absence de procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM.
R16	Les dossiers administratifs des salariés ne sont pas complets (diplômes notamment)
R17	L'ensemble du personnel n'est pas accompagné par l'établissement dans le cadre des formations VAE
R18	Il n'y a pas de protocole d'accueil formalisé pour les nouveaux professionnels.
R19	Il n'existe pratiquement pas de temps d'échange organisé (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques.
R20	Le tableau de bord de l'ANAP n'est pas rempli depuis 2017
R21	Un rapport annuel d'activité médicale est rédigé par le médecin coordonnateur. Cependant, le modèle du RAMA n'est pas respecté, notamment la liste des protocoles (bonnes pratiques) n'est pas renseigné.
R22	La mission relève le manque de procédure d'information en lien avec la direction sur l'incident de la fuite d'eau usée trois jours durant.
R23	Le système d'appel malade adopté au sein de l'EHPAD est le médaillon. Les modalités de fonctionnement interpelle notre attention car appel peu accessible à proximité, absent dans la salle de bain si la personne ne l'a pas sur elle.
R24	Le RAMA ne mentionne pas le process des conditions d'utilisation des contentions
R25	Les éléments transmis ne permettent pas de vérifier l'organisation des soins la nuit
R26	La mission n'a pas pu constater la présence du chariot des urgences (non visible).

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Francois VILLON, géré par Bridge gestion a été réalisée le 08 décembre 2022 et le rapport complété à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement. Il est constaté par l'accumulation de plusieurs constations un manque général de formalisation des procédures, de rigueur dans la gestion des dossiers 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 respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

- Gouvernance :
 - o Animation et fonctionnement des instances
- Fonctions support
 - o Vie quotidienne - Hébergement
 - o Finances et budget
 - o Sécurités

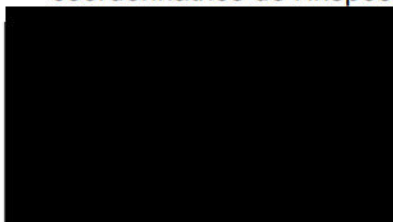
Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - o Management et Stratégie
 - o Gestion des risques et de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - o Gestion des ressources humaines
 - o Gestion d'information
- Prise en charge
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - o Soins
- Relations avec l'extérieur
 - o Coordination avec les autres secteurs

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

Lieusaint, le 23/03/2023

L'inspectrice de l'action sanitaire et sociale ,
coordonnatrice de l'inspection



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale
De Seine-et-Marne

Affaire suivie par : Inès VANSTEENE
Courriel : ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr

[REDACTED] inspectrice de
l'action sociale et sanitaire, Délégation
départementale de Seine-et-Marne

[REDACTED] Personnel
qualifié aidant aux missions, Délégation
départementale de Seine-et-Marne

[REDACTED] Personnel qualifié
aidant aux missions, Délégation départementale
de Seine-et-Marne

[REDACTED] Personnel qualifié
aidant aux Missions / Délégation
départementale de Seine-et-Marne

Lieusaint, le 08 Décembre 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 Résidence François VILLON, situé à Saint-Pierre-lès-Nemours (77140) qui a été inscrit à ce programme.

L'inspection aura pour objectif de vérifier notamment les modalités de fonctionnement de cet établissement, sa politique de ressources humaines, sa gestion des risques et des événements indésirables ainsi que la qualité de la prise en charge en soin et hôtelière de ses résidents.

La mission sera composée de :

- [REDACTED] inspectrice de l'action sociale et sanitaire, coordonnatrice de l'inspection,
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP,
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP,
- [REDACTED] désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.

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

L'inspection aura lieu à compter du 08 Décembre 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 membres de l'équipe d'inspection mèneront des 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 santé de
Seine-et-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 2 : Liste des documents demandés et relevé des documents transmis.

Mission d'inspection Résidence François VILLON

Documents à remettre immédiatement :

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	Observations
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 midi :

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	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - 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	Transmis

A remettre ce jour :

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
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
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
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie + clé USB	Transmis
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	
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	
7	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Copie + clé USB	
8	Planning des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	
9	Planning des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	
10	CR des réunions d'équipes		
11	Projet d'établissement	Clé USB	
12	Projet de soins	Copie + clé USB	
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	
14	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD 2021 (Art R. 314-232 CASF)	Clé USB	
15	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2021 et janvier à août 2022</u>	Clé USB	
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 Septembre_Octobre_Novembre + planning prévisionnel de Décembre 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	
19	Dossiers des résidents	Consultation	Oui
20	Dossiers RH des salariés	Consultation	oui
21	Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Copie + clé USB	Transmis
22	Les fiches de tâches horaires des ASH	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	
25	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	
25.	Plan bleu	Copie + clé USB	Transmis
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 PVI	Clé USB	Transmis
28	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Demandé mais pas pu consulté
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	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	
31	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
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	
34	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	
35	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante			
36	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	
37	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Transmis
38	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	Transmis
39	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	Clé USB	
40	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD), les services de psychiatrie, etc.	Clé USB	
41	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	
42	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Clé USB	
43	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et le détail de certains protocoles : admission, chute, douleur, pansements, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	Clé USB	Transmis
44	Procédure d'évaluation du risque légionnelles (identification des résidents vulnérables)	Clé USB	
45	Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI)	Clé USB	
46	Récapitulatif des chutes année 2021 et 1 ^{er} semestre 2022	Clé USB	Transmis
47	Tableau de suivi 2021-2022 des poids/IMC des résidents	Clé USB	Transmis
48	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	Transmis
49	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	Clé USB	Transmis
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins			
50	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M	Clé USB	Transmis
51	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau Excel et non pdf)	Clé USB	
52	Factures 2020 et 2021 des consommables (protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres, gants) et des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	Transmis



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr