

Délégation départementale de Seine-et-Marne

Conseil départemental de Seine-et-Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
Résidence La Mélod'Hier
3 Rue Etienne Trétot , 77170 COUBERT,
N° FINESS : 770811545**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_IDF_00140
Contrôle sur place le 14/11/2023**

Mission conduite par

- [REDACTED] inspectrice, coordonnatrice de la mission, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;

Accompagnée par

- [REDACTED] chargée d'études, Conseil départemental de la Seine-et-Marne
- [REDACTED] chargée d'accompagnement et de suivi des ESMS en tant que observatrice, Conseil départemental de la Seine-et-Marne
- [REDACTED] chargée de contrôle désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- [REDACTED] chargé de contrôle désigné 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 :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection.....	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et stratégie	12
Gestion de la qualité	21
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.....	24
Fonctions support.....	26
Gestion des ressources humaines	26
Gestion d'information	34
Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	36
Sécurité	39
Prises en charge	40
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	40
Respect des droits des personnes	43
Vie sociale et relationnelle	46
Vie quotidienne et hébergement	47
Soins.....	50
Relations avec l'extérieur	56
Coordination avec les autres secteurs	56
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	57
Écarts.....	57
Remarques	60
Conclusion.....	61
Glossaire	62
Annexes	63
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle.....	63
Annexe 2 : Liste des documents demandés	67

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, associant conjointement l'ARS et le Conseil départemental.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces 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 d'information
8. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. 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 « Résidence La Mélod'Hier », situé au 3 rue Etienne Trétot, 77170 COUBERT, (FINESS GEO 770811545), 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.

Aussi, la délégation départementale de Seine-et-Marne de l'Agence régionale de santé et le Conseil départemental de Seine et Marne, ont diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission, réalisée sur le fondement des articles L. 313-13 et L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge et d'accompagnement 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

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 14/11/2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental de Seine-et-Marne

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

GOVERNANCE

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 d'information
8. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. 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 3 Rue Etienne Trétot, 77170 COUBERT, l'EHPAD « Résidence La Mélod'Hier » est géré par la SAS La Mélod'Hier dont le siège social est situé à la même adresse que de l'EHPAD.

Ouvert en 2002, l'EHPAD « Résidence La Mélod'Hier » dispose de 82 places en hébergement permanent et 5 places en hébergement temporaire.

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

Il est doté d'une unité de vie protégée (UVP) de 14 places.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS, le GMP s'élève à [REDACTED] en [REDACTED] et le PMP à [REDACTED] en [REDACTED]. Aussi, le GMP de l'EHPAD est en dessous des chiffres médians régionaux¹ mentionnés en note de bas de page tandis que le PMP est supérieur aux chiffres médians régionaux.

Les résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2023	[REDACTED]				
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement en [REDACTED], est de [REDACTED] € au titre du soin.

L'EHPAD participe à l'expérimentation du dispositif IDE de nuit.

¹ En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 740 et 223 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence La Mélod'Hier		
Nom de l'organisme gestionnaire	SAS La Mélod'Hier		
Numéro FINESS géographique	770811545		
Numéro FINESS juridique	770000982		
Statut juridique	Privé à but lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	82	82
	HT	5	5
	PASA	Non	Non
	UHR	Non	Non
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

PMP Validé		
GMP Validé		

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0		Conformité aux conditions d'autorisation			
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 - A l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	Cet EHPAD est un ESMS privé à but lucratif qui n'a pas subi de modification de structure juridique depuis sa création. Cet établissement n'est pas habilité à l'aide sociale et ne possède pas de pharmacie à usage interne (PUI), son mode de tarification est partiel.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
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% ?	L'établissement est autorisé à hauteur de 82 places d'hébergement permanent et 5 places d'hébergement temporaire. L'établissement présente le jour de la visite une liste de résidents pour une capacité totale de 87 places sans distinction de modalité. Le taux d'occupation ne permet pas de distinguer le type d'hébergement. Une seconde liste des résidents avec photos qui fait figurer 88 résidents a été communiquée. E1 La mission n'était pas en mesure de vérifier le registre administratif des entrées et sorties des résidents afin d'identifier les usagers en hébergement temporaire : document non trouvable.		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 Eib 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)

N° IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
			Lors de la visite, des plans de 2009 ont été transmis. Ceux-ci n'étant pas adéquation avec le « réalisé », la mission a demandé des plans plus récents. D'après les plans fournis datant de 2015 par l'établissement, il est dénombré 3 chambres doubles et 82 chambres simples dont une « chambre d'hôte ». Par rapprochement entre les différents plans, le contrat de séjour de la chambre n°44 et les constats effectués par la mission d'inspection il apparaît que : - sur les plans de 2015 il s'agit d'une chambre d'hôte, - sur les plans d'intervention il s'agit d'un local de pédicure, - le jour de l'inspection la porte de chambre portait le numéro 44 avec le nom de la résidente, - le contrat de séjour de la chambre n°44 au nom de la même résidente était en cours d'exécution le jour de l'inspection. Le nombre de places en fonctionnement est de 88 places et est donc surnuméraire par rapport à la capacité autorisée. L'avis de la commission de sécurité d'arrondissement suite à la visite du 6 février 2023 fait aussi apparaître l'existence de 88 lits. Par ailleurs, il a été observé la présence d'un lit équipé de draps usagés, dans le local à archives en rez-de-jardin. Selon l'IDEC, ce lit est réservé au directeur depuis la période COVID. Le taux de chambres doubles est de 3,37%.		
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?	L'établissement a été sollicité en 2022 par les autorités de tarification pour contractualiser un CPOM. Celui-ci en a décliné la programmation au regard de ses restructurations internes.	R1	L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - 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 ;	Lors de la visite, l'établissement déclare 87 résidents selon la liste des résidents avec GIR communiquée par la direction. - GIR 1-2 : ████████ personnes - GIR 3-4 : ████████ personnes - GIR 5-6 : ████████ personnes don ████████ personnes nouvellement rentrées : non évaluées. Lors de l'inspection, le MedCo a déclaré que les coupes PMP dataient de 2014 et le GMP de 2012. Le MedCo doit suivre la formation nécessaire pour établir la coupe PATHOS.	E2	D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et stratégie				
1.2.1.0	Management et stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	La mission d'inspection n'a pas constaté l'affichage du règlement de fonctionnement dans l'établissement Le règlement de fonctionnement transmis à la mission d'inspection n'est pas daté et est un document générique destiné à être signé du résident. Il est signé de l'ancien directeur et ne fait aucune mention du directeur actuel.	E3	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de fonctionnement)
1.2.1.2	Management et stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sécurité des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.CVS	Le règlement de fonctionnement remis à la mission d'inspection ne comporte pas les mentions suivantes : - date de mise en place et d'actualisation, - date de validation par le CVS. L'étude du document ne mentionne pas les rubriques ou thèmes suivants : - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	E4	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	En amont de l'inspection, les vérifications effectuées permettent d'établir qu'aucun projet d'établissement n'est en cours de validité pour cet EHPAD. Le projet d'établissement détenu par la DD77 n'est pas daté et est ancien. Les entretiens avec l'équipe de direction confirment que le projet d'établissement est obsolète et doit faire état d'une actualisation prochainement. Aucune date de formalisation et de communication du projet d'établissement n'a pu être indiquée à la mission d'inspection.	E5	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 ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement n'a pas été communiqué à la mission d'inspection.	E5	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	L'établissement n'a pas communiqué de plan bleu à la mission d'inspection.	E6	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.0	Management et stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du tronc 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	La mission d'inspection constate des discordances au niveau de la gouvernance de l'établissement entre les informations recueillies lors des entretiens et les documents fournis. Les entretiens menés établissent que l'EHPAD dispose d'une [REDACTED] L'ancien directeur a évolué vers les fonctions de directeur général. Les documents fournis contredisent les informations recueillies lors des entretiens. De plus, ces documents se contredisent : - L'organigramme mentionne [REDACTED] directeur et [REDACTED] directrice adjointe ; - La fiche de poste de [REDACTED] la qualifie comme directrice, précisant que [REDACTED] signe les documents comme président. L'organigramme fourni ne mentionne ni les noms de famille des membres de l'équipe et ni la qualité d'ETP. De plus, les membres de l'équipe soignante ne sont pas mentionnés dans l'organigramme. Les liens hiérarchiques ne sont pas précisés au-delà du niveau du directeur et la directrice adjointe. La mission d'inspection n'a pas constaté l'affichage de l'organigramme accessible au public. La mission d'inspection a constaté que : L'équipe de direction a été renouvelée, l'ancien directeur [REDACTED] a pris sa retraite, il reste néanmoins salarié de l'EHPAD en tant que [REDACTED]. Il a été remplacé par [REDACTED] présenté comme directeur général, président directeur général ou directeur de l'EHPAD. [REDACTED] une nouvelle directrice, [REDACTED] L'établissement a connu une succession de trois directrices depuis 2021. Une nouvelle équipe de thérapeutes a été récemment recrutée le 6 novembre 2023. Le reclassement de certains salariés a été effectué.	E7	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
1.2.2.1	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 ?			

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
			Le jour de l'inspection, il a été mentionné la prévision du renouvellement des délégués du personnel.		
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...	Les entretiens conduits avec le personnel indiquent une évolution de la gestion des ressources humaines notamment au niveau de la politique salariale avec une disparité dans l'attribution des primes qui entraîne des conflits. Les autres points de contrôle n'ont pas été vérifiés.		L311-3° 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 ?	L'EHPAD est un établissement familial à la tête duquel se sont succédés [REDACTED] Les constats effectués sur place et les documents remis démontrent que : [REDACTED] Pour les autorités de tutelle, le dernier gestionnaire identifié est la SAS LA MELOD'HIER dans l'arrêté portant modification des capacités n°2015-57 du 18 mars 2015. L'un des documents remis procès-verbal de nomination de directeur général du 16/11/2020 mentionne SAS maison de retraite de Coubert. La mission d'inspection n'est pas en mesure d'établir le fonctionnement et la répartition des responsabilités exactes entre [REDACTED] D'autre part l'identification exacte de l'organisme gestionnaire n'a pu être établie. Suite aux constats effectués aux points 1.2.2.1, 1.2.2.3, 1.2.2.5, la mission d'inspection constate qu'il existe une confusion sur l'identification du directeur. [REDACTED] mentionné directeur sur l'organigramme. Il a aussi [REDACTED]	E8	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?		E9	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
		Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	■■■■■ est nommée directrice adjointe sur l'organigramme. Elle est détentrice d'une fiche de poste de directrice ■■■■■. Par ailleurs sur différents organigrammes l'un remis le jour de l'inspection il apparaît une codirection entre ■■■■■. Sur le second organigramme adressé à l'issue de l'inspection, il est indiqué que ■■■■■ est directeur et ■■■■■ est directrice adjointe. Les champs de compétence du directeur (cf fiche de poste de la directrice) s'étendent aux responsabilités suivantes : - Garantir le statut et la politique de la société ; - Travailler en lien avec de l'équipe de direction, d'animation et coordination ; - Entretenir les relations institutionnelles, assurer du taux d'occupation maximum défini et proposer des actions commerciales. ; - Mettre en place le projet de vie en corrélation avec le projet de soins ; - Garantir l'hygiène et la sécurité des résidents ; - Encadrer les services hôteliers, paramédicaux, administratif et d'entretien ; - Proposer et mettre en œuvre les procédures et règles de fonctionnement ; - Contrôler l'entretien des locaux et des espaces verts ; - Proposer et établir le budget de fonctionnement et les investissements dans le respect de l'étalement des sections tarifaires, appliquer les procédures de maîtrise des dépenses ; - Etre responsable du personnel et des conditions d'exercice du personnel. Le contrat de travail de ■■■■■ sollicité le jour de l'inspection et de sa prise de poste n'a pas été transmis à la mission d'inspection alors que cette pièce a été demandée. Par ailleurs, le contrat d'un directeur et le DUD font partie des pièces qui doivent être transmises aux tutelles à chaque changement de direction.		

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	En attente de précisions sur l'identification nominative du directeur, la mission d'inspection constate que [REDACTED] détiennent les diplômes requis pour exercer les fonctions de directeur de l'établissement.		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (eis publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Il a été remis à la mission d'inspection une procédure des astreintes qui mentionne le président, la directrice, l'Idéc et la chargée d'accueil. La procédure indique une désignation du personnel d'astreinte sur le planning mensuel. Les plannings remis à la mission d'inspection ne sont pas légendés et ne permettent pas d'identifier le personnel d'astreinte rappelable par téléphone en dehors des heures ouvrées et la nuit. Les astreintes ne sont pas mutualisées avec un autre établissement. [REDACTED] reste joignable à tout moment si des décisions particulières doivent être prises. Le jour de l'inspection, le directeur identifié par les tutelles, [REDACTED] était absent de l'établissement.	E10	
1.2.2.9	Management et stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La mission d'inspection n'a pas constaté de formalisation d'une procédure de remplacement en l'absence du directeur aux heures ouvrées. L'IDEC a assuré son remplacement et a été l'interlocutrice représentant la direction auprès de la mission d'inspection.	E11	
1.2.2.10	Management et stratégie	Les délégations sont-elles formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'établissement ?	Suite à la prise de poste de [REDACTED] la DDARS n'a pas été destinataire du document unique de délégation. La mission d'inspection en sollicite la communication.	E12	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Le DUD n'ayant pas été transmis la mission d'inspection n'a pas été en mesure de constater la subdélégation.		D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'IDEC est employée [REDACTED] Cependant, le contrat de travail de l'intéressée demandé par la mission d'inspection n'a pas été fourni. L'IDEC est titulaire d'un diplôme [REDACTED]	E13	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La fiche de poste est signée de l'intéressée et du directeur. Cependant, le document n'est pas daté.	E14	
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Le jour de l'inspection, le médecin occupait le poste de MEDCO depuis le [REDACTED] Le contrat de travail est un temps plein à 35 heures pour un poste de médecin coordonnateur et médecin prescripteur sans préciser la répartition d'ETP entre les fonctions de MedCo et MP. Le bulletin de salaire est établi pour des fonctions de MedCo et MP. Le taux d'ETP de MedCo attendu réglementaire à 0,6 ETP n'est pas précisé dans le contrat de travail. Le MedCo n'assume pas d'astreinte médicale.	E15	D312-156 du CASF (ETP MedCo) ATTENTION changement des ETP / nombre de places au 01/01/2023
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gérontologie validés dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le MedCo [REDACTED] délivrée en [REDACTED]		D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
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	Le contrat de travail signé des deux parties, mentionne un temps plein à 35 heures pour un poste de médecin coordonnateur et médecin prescripteur sans préciser la répartition d'ETP entre les fonctions de MedCo et MP. Elle est présente physiquement du mardi au vendredi avec un samedi et un lundi sur 2 travaillés de 9h à 17h avec une heure de pause déjeuner.		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social - Médiatique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Les affichages ne présentant pas d'observations sont : - tarifs journaliers / arrêté du CD - PV des CVS et composition CVS - charte des droits et libertés de la personne accueillie - programme des animations de la semaine - menus affichés à jour - tarifs et horaires des diverses prestations - numéro 3977 Les affichages présentant des observations sont : - organigramme / présence uniquement au sein du pôle santé (non visible pour les usagers) - règlement de fonctionnement /non affiché - PV des commissions de restauration /non affiché - résultats de la dernière enquête de satisfaction / non affiché - liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) et l'EHPAD n'est pas en mesure de la transmettre à la mission	E16	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. accueillies) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			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 établit les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	La mission a constaté l'affichage du dernier compte-rendu du CVS, comprenant entre autre sa composition. Le dernier compte-rendu du CVS en date du 20 octobre 2023, fait état de la dernière élection du 26 septembre 2023. Le CVS se compose : 2 résidents, 2 familles, du directeur sans représentant du personnel (« non élu »). Il apparaît dans celui-ci l'approbation du règlement de fonctionnement, les dates des futures rencontres de 2024. A la lecture du document, la mission constate la non-conformité du fonctionnement de cette instance en l'absence de : - représentants du personnel ; - établissement de l'ordre de jour ; - secrétaire de séance désigné.	E17	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)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'IEHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Le CVS n'est pas informé du bilan des EI, dysfonctionnements et des mesures correctrices mises en œuvre.	E18	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Points 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 référents ? Si oui, dans quel domaine ? 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 ?	Au cours des entretiens, les salariés ont fait part à la mission de l'absence de référents dans les différents domaines, tels que la nutrition, les chutes et la douleur. La mission d'inspection n'a pas clairement identifier de responsable qualité.	R2	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
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)	La dernière évaluation externe connue de la DDARS77 date de 2014. La prochaine évaluation externe est attendue au 4^{ème} trimestre 2024. La mission d'inspection n'est pas en mesure de constater les actions engagées au titre du PACQ.	E19	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	L'établissement a remis à la mission d'inspection un ensemble de documents relatifs à la bientraitance : - Le plan de formation bientraitance pour l'année 2023, - Un livret d'accompagnement à la bientraitance, - Les compte rendus (CR) de réunion des 4 et 5 juillet 2022 relatif à la bienveillance de la direction envers le personnel. L'étude des documents par la mission d'inspection permet de faire les constats suivants : - Le seul plan de formation pour l'année 2023, n'est pas accompagné des attestations de présence aux formations relatives à la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance envers les résidents. La mission d'inspection constate qu'il s'agit d'un plan d'actions global relatif au fonctionnement de l'établissement dédié à l'année 2023, qui ne comprend ni échéance et ni d'étape de progression validées. - Le livret d'accompagnement n'est pas daté, - Les « comptes rendus de réunions des 4 et 5 juillet 2022 relatifs à la bienveillance de la direction envers le personnel », ne peuvent être rapprochés d'actions en faveur de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance à l'égard des résidents. Il est constaté que ces documents portent sur la gestion des ressources humaines de l'établissement (WhatsApp pour les absences du personnel, plateforme Permutéo pour recruter des vacataires, application Qare pour des consultations médicales en ligne). - Le livret d'accueil remis au format numérique à la mission d'inspection n'est pas exploitable L'établissement a remis un guide destiné au personnel qui présente diverses situations de maltraitance. La mission d'inspection n'a pas été informée de l'existence de : - supports formalisés relatifs au repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque ; - de la traçabilité des signalements et de leurs traitements.	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'établ et rôle de l'encadrement ... », 2008
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 : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	E20	

			Le document fourni relatif au plan de formation, est un devis daté de juillet 2023, non validé ne justifiant pas une réelle formation sur la bientraitance. Le numéro d'appels 3977 est affiché dans le hall de l'établissement. La mission d'inspection n'a pas constaté l'existence d'un plan de soutien du personnel. La participation du MedCo n'a pas pu être constatée au regard de sa récente prise de fonctions. Les protocoles anti-escarres et de contentions remis le jour de l'inspection ne sont pas signés du MedCo et de l'Idéc. Le protocole anti-escarres mentionne des annexes qui ne sont pas jointes au protocole remis. Les différents stades d'escarres sont mentionnés, cependant les actions à mener en fonction du risque identifié via l'échelle Norton, y compris le matériel spécifique sont absentes.		
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ? 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 cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Pour chacune de ces situations, la mission d'inspection n'a constaté aucune mention de signalement aux autorités judiciaires ou de tutelle. Aucune procédure de traitement de ces situations de violence ou de harcèlement sexuel n'a été constatée.	E21	Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices) 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)
1.4.3.3	Gestion de la qualité		La mission d'inspection n'a constaté aucune procédure de signalement en cas d'agression.	E22	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements 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 : Sécurité des personnes – Juridique – Médical</u>			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font-ils l'objet : - 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 ?	L'absence de formalisation du circuit des réclamations, des plaintes a été constatée lors de l'ensemble des entretiens avec la mission. Parmi les documents remis, il figure un protocole de réponses aux résidents et aux familles. Cependant aucun document relatif au traitement et à la traçabilité n'a été communiqué à la mission d'inspection.	E23	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Il apparaît lors des entretiens que les événements indésirables sont transmis oralement. Le document n°38 intitulé « Protocole réponse aux résidents et aux familles » remis à la mission d'inspection n'est pas la procédure attendue. Ce document ne précise pas les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables. Il précise les modalités de prise de rendez-vous avec la direction et l'éventuelle participation des professionnels de santé de l'établissement à l'entretien avec les familles.	E24	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)

N°IGAS	Sous-thème	Points 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	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI n'ont pas été communiquées à la mission d'inspection. Aucune traçabilité n'a été constatée. Il n'a pas été constaté l'existence de PACQ ni de Copil dédié à l'amélioration continue de la qualité.	E24	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadré / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Le jour de l'inspection, il a été signalé un cambriolage au sein de l'ESMS et un dysfonctionnement avec un membre du personnel allant à l'encontre des directives du médecin. Les autorités de contrôle et de tutelles n'ont jamais été destinataires de ces événements qui doivent donner lieu à un signalement.	E24	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)
1.5.1.7	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Le document n°38 demandé par la mission d'inspection et dénommé « procédure d'enregistrement et de communication aux autorités de contrôle et tarification des EIG » n'aborde pas la gestion des EI, notamment ceux liés à la PECM.	E24	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ?	Les calculs de ratios d'encadrement IDE et AS fonction des 82 places d'hébergement permanent, et des 5 places d'hébergement temporaire, [REDACTED] permettent de quantifier le nombre théorique d'ETP d'IDE à [REDACTED] et le nombre théorique d'ETP d'AS et AMP à [REDACTED]		

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	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 Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	En entretien, le jour de l'inspection la direction a déclaré : [REDACTED] Le registre unique du personnel n'a pas pu être présenté à la mission d'inspection lorsqu'il a été demandé. Le recouplement des documents remis à la mission d'inspection les plannings, bulletins de salaires des employés en CDI et des listes des salariés permet d'établir les constats suivants : - Les plannings d'octobre et novembre 2023 remis à la mission d'inspection sont dépourvus de légendes ne permettant pas une lisibilité précise pour les employés ; - Le registre unique du personnel n'est pas tenu à jour. Les salariés figurant sur les plannings d'octobre fournis ne sont pas enregistrés sur le RUP. [REDACTED] [REDACTED] Contrairement aux déclarations de la direction et aux plannings établis, l'équipe d'inspection constate la présence de 11 auxiliaires de vie qui ne disposent donc pas des qualifications requises et sont considérées comme faisant fonction d'aide soignantes.	E25	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

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	[REDACTED] Pour les équipes soignantes, il est à noter les absences longues supérieures à 1 mois de 4 agents en CDI. Le recours aux CDD permet notamment à la direction de l'établissement de pourvoir aux absences de longue durée de certains agents en CDI. D'après le RUP, le recours aux CDD est de trois mois minimum [REDACTED] [REDACTED] D'après les plannings, deux types de vacations sont constatés parmi les salariés en CDD : - Pour des remplacements longs, les agents en vacation sont affectés sur les secteurs au sein de l'établissement par période d'un mois ; - Pour des remplacements ponctuels pour une à quelques journées. La mission d'inspection note la recherche de stabilité dans l'affectation pour les agents en CDD au sein des équipes et secteurs de travail.		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Ce point n'a pas pu être vérifié, la direction de l'établissement n'a pas respecté ses obligations réglementaires de déclaration sur le site de l'ANAP.	E26	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.8	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...)?	La direction a mis en place les professionnels suivants : -Deux médecins prescripteurs ; -Un médecin traitant ; -Une psychomotricienne ; -Une psychologue.	E27	Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) L4391-1 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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial - Social			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ?	Le document dénommé « 2023 Personnel en Formation (1) » mentionne la formation en cours pour 6 personnes : 4 pour une formation d'AS, 1 pour une formation d'AES et 1 pour une formation d'IDE. Ce document mentionne aussi les 4 demandes de formations formulées par le personnel. Cependant, les preuves écrites telles que le courrier d'accord de la direction ou les attestations d'inscription à ces formations n'ont pas été fournies pour 8 des 10 personnes mentionnées dans ce document. Ce document ne fait pas état des formations obtenues notamment pour celles demandées en 2021 et 2022	E28	

N° ICAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EH PAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	Le calendrier de formation incendie demandé n'a pas été transmis, une procédure interne dénommée « Procédure d'évacuation en cas d'alarme incendie » datée du 03/03/2022 ne correspond pas aux documents attendus. Cette procédure n'est pas contre-signée par la direction, le nom du directeur mentionné n'est pas celui du responsable en poste. Une feuille d'embarquement en date du 02/03/2022 (antérieure à la date de procédure) signée par 5 personnes est annexée. Ce document n'est pas une preuve de formation suivie par l'ensemble du personnel. 2 copies d'écran de la plateforme de l'organisme de formation « Transition PRO », documents n°23 ont été fournis. L'un des documents indique une formation au diplôme d'aide-soignant du 22/08/2022 au 22/08/2023 pour un des personnels. Un second document indique une demande de formation d'aide-soignant non validée pour 2024. L'ensemble des documents relatifs à la formation transmis à la mission d'inspection ne permet pas de vérifier les différents points de contrôles.		L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	Le plan de formation remis à la mission d'inspection ne permet ni de constater la déclinaison de la mobilité interne des agents ni la politique interne relative à la VAE.	E29	
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	La mission d'inspection a été destinataire d'un livret d'accueil destiné aux équipes soignantes. [REDACTED] médicaments au petit-déjeuner, déjeuner et dîner.		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats 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 : Sécurité des agents - Social</u>			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'échanges 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 ?	En dehors des transmissions, l'équipe d'inspection n'a pas constaté l'existence de temps d'échanges en dehors des temps de transmission pour l'ensemble du personnel. R3		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 : Sécurité des personnes</u>			
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 hospitalières ?	Les plannings affichés au sein du pôle santé sont ceux du personnel soignant édité le 24 octobre 2023. Aucune information ne fait apparaître de réactualisation ou une modification suite à d'éventuelles absences. Les plannings de l'équipe hospitalière sont affichés dans la réserve d'entretien et en date du 2 octobre 2023. Il est noté l'absence de légende annexée aux plannings. E30		

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats 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 ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Les plannings des équipes de soins sont communiqués à l'avance. Les équipes de jour travaillent sur une plage de 12h00 de 7h30 à 19h30 et les équipes de nuit de 19h30 à 7h30. La répartition par quinzaine est en 3 jours de travail 2 jours de repos et 2 jours de travail et 3 jours de repos et 2 jours de travail. E30 Il y a une couverture médicale qui est assurée entre le MedCo et les médecins prescripteurs 6 jours sur 7. Le MedCo est présent 5 jours par semaine. Lors de la visite, le directeur artistique devait être présent au regard du planning. Son absence a été constatée par la mission, ainsi que la non actualisation du planning. Il est à noter l'absence de légende annexée au planning.		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Le planning des équipes de nuit démontre une organisation qui repose sur un pool de 4 AMP en CDI et diplômées réparties sur deux roulements. Ces 4 personnes disposent de 6 à 24 ans d'ancienneté au sein de l'établissement. En cas d'absence parmi ces 4 personnes, les remplacements sont assurés soit par un agent en CDI des équipes jour soit parmi les vacataires. Le week-end, l'établissement organise les équipes soignantes dans la continuité de l'organisation observée en semaine ouvrée.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ?	E31 Pour les AS, AMP et AV, les fiches de poste sont communes et de fait ne distinguent les missions de chaque type de postes.		

N° IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats 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 ?	Le croisement des fiches de postes, du RUP, des plannings et du livret d'accueil du personnel met en évidence que l'ensemble des 12 membres d'équipes soignantes affectées aux 12 secteurs de l'établissement réalise la dispensation de médicaments lors des repas (petit-déjeuner, déjeuner et dîner). En outre, comme mentionné au point 2.1.4.5, il apparaît que tous les membres des équipes soignantes ne détiennent pas le DE AS. La mission a été informée de glissements de tâches lors de l'absence de personnel soignant. Le personnel hôtelier est mis à contribution pour les toilettes.	E32	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 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 IDE) 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 ?	Au cours des entretiens, il a été précisé que les IDE faisaient appel aux vacataires en cas d'absence imprévue des membres de l'équipe soignante. La procédure de remplacement n'a pas été remise à la mission d'inspection et est considérée comme absente..	E33	

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
2.3.0.0	Gestion d'information				
2.3.1.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence des rapports réglementaires (Rapports d'activité, rapport médical...) - Identifier les éventuels points de dysfonctionnement qui ressortent d'une analyse du contenu des rapports et des données statistiques disponibles Principales catégories de risques possibles : Juridique - Managérial			
2.3.1.2	Gestion d'information	Existe-t-il des documents présentant des données statistiques portant sur les personnes prises en charge et sur l'activité de la structure ? - Tableau GIR - Tableau PATHOS - RAMA - RAA - Tableau de bord- ESMS de l'ANAP	Le jour de l'inspection il a été rappelé à la direction que l'EPRD n'a pas été transmis aux autorités de tutelle et de tarification. L'établissement ne s'est pas soumis aux obligations réglementaires de transmission du tableau de bord ESMS de l'ANAP 2022 pour l'année 2023.	E34	Article R314-50 casf (rapport d'activité) R314-49 CASF (délai de transmission bilan comptable EHPAD) D312-203 CASF (action démarche qualité dans RAA) R314-3 CASF (calendrier budgétaire EPRD)
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	Le registre des entrées et sorties des résidents n'a pas pu être présenté le jour de l'inspection. Il n'a pas été remis à la mission d'inspection.	E35	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	Trois contrats de séjours des chambres n°44, 100 et 224 ainsi qu'un exemplaire vierge de contrat de séjour ont été remis à la mission d'inspection. Dans sa version la plus récente le contrat de séjour au format informatique n'évoque ni ne précise explicitement : - la liberté d'aller et venir, - les contentions, - la recherche du consentement éclairé ; - la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées. Les rappels aux articles correspondant du CASF et du CSP ne sont pas stipulés dans le contrat de séjour. Aucune mention d'annexe particulière abordant ces éléments ne figure au contrat de séjour. Faisant office de PAI, le formulaire vierge « personnalisez votre accompagnement » a été transmis à l'équipe d'inspection. Ce formulaire de 8 pages se rapprochant d'un PAI ne dédie que 3 pages au recueil des besoins du résident. Ce document fait la promotion d'un label dénommé TBIEN. Le formulaire ne mentionne pas : - la date d'élaboration, et la date de mise à jour, - la recherche de consentement du patient, de la personne de confiance ou de son représentant légal, - ne permet pas d'associer la famille du résident, - le référent PAI du résident n'est pas identifié, - le résultat de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas prévu.	E36	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.

Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipements				
2.4.1.3	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Le bâtiment apparaît comme entretenu à l'extérieur et au rez-de-chaussée. En revanche aux étages, il est constaté une absence de suivi de réparation du bâtiment (moulure décollée et posée sur le bord des fenêtres, claustras cassés...). Les fenêtres testées dans certaines chambres ne disposent pas de système de verrouillage ou d'entrebâilleurs en limitant l'ouverture. Il a été constaté que certaines grilles des systèmes de désenfumages sont : - soit détachées et posées au sol dans un des couloirs ; - soit obturées par des éléments de décoration (rideaux) dans la pièce commune du 2^{ème} étage. La porte du local hébergeant l'armoire électrique TGBT rez de jardin est obstruée par des caisses. Des produits insecticides contre les fourmis sont posés à même le rebord intérieur de fenêtres et à portée de main des résidents.	E37	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'EHPAD dispose de plusieurs pièces communes climatisées initialement dédiées à la distribution des repas. L'EHPAD dispose de climatisations mobiles qui peuvent être disposées dans les chambres.		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.2.2	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	L'ensemble des couloirs n'est pas pourvu de barres d'appui. Trois ascenseurs desservent l'ensemble des bâtiments.	E38	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	La mission d'inspection a constaté la présence de lits-malades mobiles dans les parties communes au rez-de-chaussée et à l'étage. Certaines chambres disposent d'un lit-patient sur rail. Certains résidents disposent de déambulateurs et de fauteuils roulants se déplaçant dans l'ensemble de l'établissement.		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".
2.4.3.9	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.			L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUEEP)
2.4.4.0	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	<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, espaces extérieurs et équipements	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...) ?	La mission a constaté la mise en place d'un secteur sale et un secteur propre. En revanche, au niveau d'un dégagement en bas de l'escalier, attendait un chariot de linge du second EHPAD. En ce qui concerne les locaux, il apparaît des détériorations (sol, plafonds). Quant au matériel, des coulures sur les portes sont apparentes sur les machines et un chariot est écaillé. Au sein de la lingerie, [REDACTED] Il a été évoqué un protocole de circuit du linge en date du 19/02/2023. En ce qui concerne le linge des résidents, il a été indiqué que le linge est distribué tous les après-midis par les AS/lingère (vérifié et rangé dans les placards des résidents).	R4	Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
			Par ailleurs, la mission a constaté lors de la visite que : – le linge des résidents réintégraient les chambres en passant par le bâtiment sans être conditionné/ filmé/enveloppé, – les draps sont disposés dans des locaux aux étages avec la présence d'un chariot de médicament et d'une écharpe. Il n'est fait état d'aucun traçage du nettoyage de manière globale en ce qui concerne les matériaux utilisés, les chariots et des locaux.		

Sécurité

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurité				
2.5.2.11	Sécurité	Quelles sont les modalités de surveillance des vaccinations des résidents ? Combien de vaccins antigrippaux sont dispensés ?	Le jour de l'inspection, une séance de vaccination antigrippale était organisée. Le MedCo et les infirmières en poste assurent les injections et leur traçabilité.		
2.5.3.3	Sécurité	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Les barres d'appui ne sont pas déployées dans tous les couloirs et toutes les chambres.	E38	L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurité	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	Les accès aux bâtiments de l'établissement disposent de digicodes. Le système anti-fugue utilisé, présenté à la mission d'inspection, repose sur un système de puce de géolocalisation posé dans la semelle de la chaussure du résident. L'établissement dispose d'un système de vidéosurveillance utilisé à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments. Néanmoins, il a été constaté que certaines issues donnant sur les terrasses du rez-de-chaussée n'étaient pas fermées. Une des chambres localisées en sous-sol débouche directement sur une porte non verrouillée donnant accès au coin fumoir et à l'ensemble des extérieurs. Le jour de l'inspection, lors de l'accès au bâtiment des vestiaires, il a été constaté que le portail des livraisons donnant sur la rue est demeuré ouvert le temps de l'inspection. L'accès à ce local est possible par les jardins de l'EHPAD. L'ensemble des accès non verrouillés et énumérés supra permet la fugue du résident ce qui contrevient aux conditions de sécurité.	E39	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.4.3	Sécurité	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 ?	La mission d'inspection a constaté la présence de système d'appel malade dans les chambres et les sanitaires attenants. L'établissement utilise le système 3CX qui consiste en un report des appels malades sur les postes téléphoniques mobiles des équipes soignantes. Les appels malades ont été testés et les délais de réponse ont été satisfaisants.		L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission Principales catégories de risques possibles : 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-t-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?	L'établissement a remis des modèles de formulaire : - de dossier administratif d'admission ; - de dossier médical d'admission. L'ensemble des points des points de contrôles n'a pas été vérifié par la mission d'inspection.	-	(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
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : 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 ?	Au cours des échanges, il a été indiqué qu'il n'y avait pas de PAI pour chacun des résidents et qu'aucun référent PAI/PAP par résident n'a été désigné. La psychologue [REDACTED] n'est pas dédiée à l'élaboration des PAI et est en charge de certaines animations. Parmi les pièces communiquées, le formulaire « personnalisez votre accompagnement » a été transmis à l'équipe d'inspection. Ce formulaire de 8 pages se rapprochant d'un PAI ne dédie que 3 pages au recueil des besoins du résident. Ce document fait la promotion d'un label dénommé TBIEN. Le formulaire ne mentionne pas : - la date d'élaboration, et la date de mise à jour,	E40	L311-3° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3° 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 personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012

			- la recherche de consentement du patient, de la personne de confiance ou de son représentant légal, - ne permet pas d'associer la famille du résident, - le référent PAI du résident n'est pas identifié, - le résultat de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas prévu.		
--	--	--	---	--	--

3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?	Il a été confirmé par l'IDEC que les réunions d'analyse des pratiques et que les groupes de paroles pour les professionnels sont à remettre en place.	E41	
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?	En entretien, il a été recueilli que des réunions pluridisciplinaires regroupant le MedCo, l'idec, les IDE, équipes soignantes, kinésithérapeutes et « thérapeutes » se réunissent le lundi en équipe pluridisciplinaire Les réunions pluridisciplinaires se tiennent le lundi. Cependant, l'équipe d'inspection ne peut constater la traçabilité de ces réunions.	E42	D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	Les plannings remis et les échanges avec l'équipe de direction confirment la présence de trois médecins intervenant à différents jours fixes et de manière hebdomadaire en complément du MedCo dans l'établissement. Les modalités contractuelles d'intervention des médecins n'ont pas fait l'objet d'investigations complémentaires.		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 ?	Selon les propos recueillis les réunions de transmission ont lieu à 7h30 et à 15h30. Les fiches de poste des AS de nuit mentionnent un temps de transmission oral de 7h15 à 7h30. Le chevauchement entre les équipes de jour et de nuit n'est pas assuré.	E43	L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L311-3, 1° CASF (Sécurité du 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)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique</u>			
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 ?	L'établissement a mis en place un protocole de réponse aux résidents et aux familles. Lorsque les échanges informels (verbaux ou téléphoniques) avec la direction ou les professionnels administratifs ont un impact sur la vie du résident, ils sont transmis à l'infirmier afin d'être enregistrés dans le logiciel de soins Netsoins. Il est précisé que les échanges écrits ou les échanges donnant lieu à des rendez-vous font l'objet d'une traçabilité sous la forme d'un rapport de réunion. Les supports écrits (correspondances ou rapports de réunions) sont versés dans les dossiers administratifs des résidents. L'établissement laisse aux proches la possibilité d'accéder aux locaux d'accueil notamment par l'organisation d'événements, d'animations ou repas auxquels les familles sont conviées.		
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 : Maltraitance</u>			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est affichée dans le hall de l'établissement. Le livret d'accueil fourni au format informatique n'a pas pu être étudié. Le document informatique est inexploitable.	E44	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
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 ?	Il a été constaté l'affichage de l'arrêté du Conseil départemental désignant les personnes qualifiées. Cependant, les modalités de recours et la liste des personnes qualifiées n'apparaissent pas dans le contrat de séjour et ses annexes.	E44	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 ?	Les contrats de séjours des chambres [REDACTED] ne mentionnent pas de manière explicite et ne permettent pas d'identifier de manière nominative la personne de confiance. Les formulaires de demande d'admission et contrat de séjour vierges permettent d'identifier la personne de confiance.	E44	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	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes ; Maltraitance			R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus)
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	Le RAMA n'a pas été sollicité par la mission d'inspection. Selon les éléments recueillis en entretien auprès de la direction IDEC et MEDCO, une contention est mise en œuvre au sein de l'établissement. La pratique de cette contention sur un résident en particulier s'appuie notamment par l'utilisation de fauteuil de contention pelvienne et d'un drapeau de contention Sécuridrap pour la contention au lit. Pour cette situation, la réévaluation est effectuée tous les jours, la tutrice est avisée. Un protocole des contentions a été remis à la mission d'inspection. Ce protocole mentionne : - la réévaluation en équipe pluridisciplinaire, - l'information et la recherche du consentement du résident et de son entourage, - la recherche d'alternative à la contention, - la prescription médicale de la contention.	E45	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 mesures 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

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
					dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique : Maltraitance			
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	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 ?	La mise en place de mesures de protections juridiques n'a pas pu être observée par l'équipe d'inspection. D'après le contrat de séjour, les effets de valeurs peuvent être mis en sécurité au sein de l'établissement et remis à disposition du résident à sa demande.		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

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	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, ...)	D'après les éléments recueillis, l'établissement dispose d'un directeur artistique qui organise des représentations en faisant participer les résidents. Un programme d'animations quotidiennes telles que le bowling, activités de stimulation intellectuelle, cuisine est proposé. Les équipes soignantes et la psychologues sont impliquées dans l'organisation dans ces activités.		L311-3° 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... ?	Ni le projet d'établissement ni le volet relatif aux animations n'ont été élaborés.		

Vie quotidienne et hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0	Vie quotidienne et hébergement				D312-159-2 CASF (prestation minimales d'hébergement)
3.4.1.0	Vie quotidienne et hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne et 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	De manière générale, il a été constaté que les chambres sont équipées de sanitaires, du mobilier adapté et de petits meubles apportés par les résidents. La décoration est personnalisée et il est possible d'accueillir la famille. En complément des constats effectués au point 1.1.1.2 (conformité aux conditions d'autorisation), il apparaît que deux chambres surnuméraires sont installées au rez-de-jardin et sont contiguës au bureau du MedCo et aux locaux de stockage. Une de ces deux chambres [REDACTED] est située à côté d'une porte donnant sur le point fumeur à côté du local chaufferie gaz. Elle est exigüe et dotée d'un cabinet de toilette où se succèdent lavabo, WC et douche. Le cabinet de toilette est séparé du reste de la chambre dans le sens de la longueur par un rideau rigide de type « accordéon ». La disposition de la chambre et du cabinet, dépourvue de barre d'appui, ainsi que la proximité des points d'eau sont génératrices de chutes pour le résident. Cette chambre dispose d'une promiscuité en raison de sa localisation auprès du point fumeur des personnels. Par ailleurs, le rapprochement du contrat de séjour de la [REDACTED] des plans d'intervention datant de 2011, des plans datant de 2017 fournis par l'établissement mettent en évidence une discordance sur l'affectation de la chambre [REDACTED] qui est identifiée comme salle de pédicure sur le plan d'intervention des pompiers. Cette situation met en cause la	E46	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)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
			sécurité du résident, situé dans ce local en cas d'intervention des services de secours.		
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	Vie quotidienne et hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	La mission n'a pas constaté de compte-rendu de commission des menus. Néanmoins dans le compte-rendu du CVS du 20 octobre 2023, il est fait état de la validation des menus automne et hiver par la cuisine, les résidents et le CVS.		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 et hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Les menus sont affichés avec le programme des animations. Il ne fait pas état de menus de substitution.		
3.4.3.5	Vie quotidienne et hébergement	Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?	L'établissement a fourni des listes anonymisées des régimes et textures pour l'ensemble des résidents. Au décours de la visite, la mission d'inspection a constaté : - des packs d'eau à destination des résidents disposés sur les chariots de ménages sous les sacs contenant les déchets ; - la présence de fontaines à eau, dont la « Mélobar » comportant des traces de calcaire et de moisissures sur les becs de distribution en plastique et le receveur en inox ; - dans le salon commun situé au 2 ^{ème} étage, sur un plateau déposé sur une table à disposition des résidents reposent des compléments alimentaires, plusieurs bouteilles d'eau entamées dont une ouverte contenant reste de liquide coloré, côtoyant un flacon de gel hydro alcoolique, une boîte d'épaississant alimentaire, un écrase-médicament encrassé avec des résidus noircis sur sa totalité, une boîte contenant des sachets de sucre à portée de main.	E47	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.7	Vie quotidienne et hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les repas sont servis de la manière suivante : Les petits déjeuners entre 8h et 9h ; Les déjeuners entre 12h15 et 13h00 ; Le dîner entre 18h15 et 19h45 ; Les collations sont servies en après-midi ou en soirée.		D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.4.0	Vie quotidienne et hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.4.4.1	Vie quotidienne et 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 ?	L'IDEC a confirmé que les modalités de toilettes respectent le mode de vie du résident. Les documents consultés sur place n'ont pas permis d'établir l'existence de plannings prévisionnels individualisés.	E48	L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)
3.4.4.2	Vie quotidienne et hébergement	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ? Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	Les réserves de changes sont bien pourvues et les stocks observés témoignent d'un approvisionnement régulier.		

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.0.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.1.0	Soins		L'établissement recourt aux professionnels de santé qualifiés suivants : - Psychologue, - Psychomotricienne, - médecins prescripteurs - IDE et DEC - MedCo - AS AMP AMP de nuit qualifiées et auxiliaires de vie Par ailleurs, l'établissement présente comme thérapeutes quatre salariés suivants recrutés en novembre 2023 : - sophrologue, - masseuse, - réflexologue, - thérapeute non définie. En outre, le RUP fait mention kinésologue. Les bagdes de ces salariés avec prénom, fonctions et mention de thérapeute ont été présentés à la mission d'inspection. L'IDEC qui a accompagnée la mission d'inspection a précisé que l'intervention de ces salariés était incluse dans la prise en charge en soins des résidents et ne donnait lieu à aucun surcoût. Néanmoins, il a été constaté l'affichage de supports de prestations tarifées pour la pratique des massages.	E49	L312-1 II 4° alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
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 ?			

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
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...) ?	La prise en charge des soins repose sur l'organisation suivante : Chaque infirmière travaille un week-end sur 4. Les infirmières assurent l'ensemble des soins de leur compétence dont les prélèvements, les pansements, la préparation des piluliers, la distribution des médicaments ainsi que leur rôle propre. - L'équipe soignante est constituée d'AS, AMP et auxiliaires de vie ; il s'agit d'un pool permanent de E50 Le jour de l'inspection, il est observé la présence 13 agents affectés à la journée et de 2 agents en renfort sur la plage de 12h30 à 17h00. Il est à noter un recours conséquent aux vacataires et aux CDD. Par exemple le planning du mois de novembre permet d'identifier le renfort de 18 agents vacataires soignants en complément des effectifs permanents. Les soignants dispensent les soins correspondant à leur décret de compétence mais également les soins délégués par les infirmiers dont l'administration des traitements oraux. L'existence d'une fiche de poste commune pour les AS/AMP/AVS met en évidence un glissement de tâches en rapport avec la dispensation du médicament assuré par les auxiliaires de vie. L'étude des fiches de poste des AS/AMP/AVS de nuit, AS/AMP/AVS de jour et des IDE met en évidence l'absence de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit. En dépit des transmissions effectuées dans le logiciel de soin, il est ainsi constaté l'absence de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit.		

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.1.4	Soins	Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ? Un(e) infirm(ier)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 ?	Le MedCo qui a récemment pris ses fonctions était en phase de prise de poste, et n'avait pas encore investi au jour de l'inspection le champ de coordination de l'équipe soignante. Il est à noter que le contrat du MedCo comprend un temps de médecin prescripteur, sans que le temps de coordination ne soit clairement identifié et qui est attendu à hauteur de 0,6 ETP. L'IDEC organise les plannings des IDE et des équipes soignantes. La mission d'inspection a constaté que : - les actes techniques infirmiers ne sont pratiqués que par les IDE, - la tenue de certains soignants est en inadéquation avec les recommandations des bonnes pratiques d'hygiène liées au soins dispensés. (port de vêtement à manche longue, ongles longs, port de bijoux et de vernis, absence de tenue) malgré une convention avec une IMH.	E51	D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du MedCo) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)
3.8.2.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes			
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 piluliers sont identifiés par l'état civil, les numéros de chambres des résidents et par moment de distribution (matin, midi ou soir). L'identification par photographie n'est pas pratiquée pour la distribution des médicaments.	R5	R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
			Selon les éléments recueillis en entretien, la direction de l'établissement a fait le choix de faire préparer les médicaments dont le conditionnement des piluliers par les IDE sur le temps de soins infirmiers. Les médicaments sont ensuite distribués par les AS. Les médicaments sont commandés auprès de la pharmacie [REDACTED] Lors de la visite de l'établissement, il a été constaté dans un local d'entretien la présence de chariots de médicaments, sur lesquels étaient déposés des opercules de pilulier, des gélules de médicaments ouvertes et des traces de médicaments disposés à côté d'un écrase comprimés. Par ailleurs, concernant la gestion des médicaments, dans le local de soins la mission d'inspection a constaté les éléments suivants : - présence de flacons vides dénommés « élixirs floraux » mentionnant le nom du résident et une posologie. Ces flacons ouverts sans bouchons disposés sur les chariots à côté des dispositifs de prélèvements ; - présence de médicaments ouverts, dont la boîte et déchirée et abîmée, sans mention de date d'ouverture. Par exemple, une boîte de VALIUM 1% solution buvable peut être citée. - L'ensemble des médicaments sont stockés dans des armoires ouvertes et librement accessibles. Les boîtes de médicaments sont regroupées dans des tiroirs sans respect de la catégorie mentionnée sur ce dernier. Il est constaté un mélange de boîtes ouvertes ou fermées, de seringues d'anticoagulant sorties de leur boîte mélangées quel que soit le dosage. Les catégories de médicament sont mélangées sans respecter le mode d'administration.		
3.8.2.16	Soins	Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ? La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? Quelle est la fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ? Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ? Quel est le personnel impliqué ? personnel de la PUI ou l'IDE de l'ESSMS, personnel de l'officine (préparateurs en pharmacie sous la présence effective du pharmacien) dans les locaux de l'ESSMS, personnel de l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine ?	E52	R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI) Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).	

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.3.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.3.1	Soins	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisée) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	Le local de soins est constitué de deux pièces contiguës situées au rez-de-jardin de l'établissement. La première pièce est dédiée au stockage des médicaments, d'un chariot d'urgence, d'un chariot de médicaments et est dotée d'un point d'eau. La seconde pièce fait office de bureau et présente un encombrement conséquent. Comme mentionné à l'item précédent, il apparaît que certains médicaments dont les contenants sont vides restent stockés ouverts aux côtés de dispositifs de prélèvements. Le stock des dispositifs de récupération des DASRI en plastique et en carton sont stockés ouverts disposés à même le sol à proximité du point d'eau. Par ailleurs, un contenant OPCT a été détourné de son utilisation pour en faire un réceptacle aux flacons servant à la distribution des médicaments. Les médicaments qui y sont disposés sont ouverts sans mention de date d'ouverture.	E52	
3.8.3.8	Soins	Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il : - scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracteurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils : - stockés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié 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 ?	Le chariot d'urgence est disposé à l'entrée du local de stockage de médicaments. Son accès est obstrué par des colis. Il n'est pas scellé, certains tiroirs sont ouverts. Des boîtes de médicaments du stock d'urgence sont entamées et ouvertes. Le système de fixation de l'obus d'oxygène est vide.	E53	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux) 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)

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.4.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - 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) Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Éthique			
3.8.4.2	Soins	Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ? Comment et par qui a-t-il été élaboré ? À partir de quels constats ?	Ni le projet d'établissement ni le volet relatif aux soins n'a été élaboré.		L311-8 (PE), D311-38 (soins palliatifs) et D312-158, 1° (projet général de soins) du CASF HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N° IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constats EIR	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire Principales catégories de risques possibles : 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 ?	L'établissement est rattaché à la filière gériatrique du GHSIF et bénéficie de l'accompagnement de l'infirmière mobile hygiéniste (IMH). La convention IMH n'a pas été portée à la connaissance de l'ARS.		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	Il a été recensé l'intervention extérieure de : - Masseur-kinésithérapeute, - Podologue-podologue, - [REDACTED] non mentionné au RUP et mentionné médecin traitant (MT) sur les plannings d'octobre et novembre.	E54	R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	L'établissement a-t-il des conventions avec : * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de gériatrie-psychiatrie * un SSIAD * une HAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres	L'établissement fait intervenir : - Deux prestataires de radiologie mobile au sein de l'EHPAD ; - Un laboratoire d'analyse médicale qui effectue le ramassage des prélèvements. Comme mentionné à l'item 4.2.1.1, l'établissement est rattaché à la filière gériatrique du GHSIF.		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 relative à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	L'établissement a conventionné avec la pharmacie [REDACTED] Cette pharmacie délivre uniquement des stocks de médicaments et n'en assure pas le conditionnement individualisé pour les résidents.		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	Écarts
E1 1.1.1.2	La direction de l'établissement n'a pas informé l'ARS ni le CD77 de la réorganisation des places d'hébergement permanent et portant le nombre de places à 88. L'existence de place surnuméraires contrevient aux aspects réglementaires et aux arrêtés d'autorisation (art L313-4 CASF).
E2 1.1.3.1	Les informations fournies par la direction sur le nombre de résidents accueillis est contradictoire selon les supports fournis. Le nombre de personnes accueillies, soit 88 résidents, est surnuméraire par rapport à celui prévu par l'arrêté d'autorisation (capacité autorisée/profil). Le nombre de lits en place constaté dans cet établissement est aussi surnuméraire par rapport aux capacités d'accueil.
E3 1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement transmis à la mission d'inspection n'est pas daté et est un document générique destiné à être signé du résident.
E4 1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle.
E5 1.2.1.4 1.2.1.5	/ L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans. Le projet d'établissement, le volet relatif à l'animation, le projet général de soins n'ont pas été communiqués.
E6 1.2.1.6	Le plan bleu dans ses composantes de crise sanitaire, et crise climatique et différentes modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques n'a pas été communiqué.
E7 1.2.2.1	Les informations recueillies ne permettent pas d'établir une organisation hiérarchique et fonctionnelle claire au sein de l'EHPAD. De plus, les organigrammes fournis ne mentionnent pas l'ensemble des catégories de personnels présents dans l'établissement.
E8 1.2.2.5	Les différents documents présentés lors de l'inspection prêtent à confusion et désignent trois personnes différentes comme directeur de l'EHPAD.
E9 1.2.2.6	Le contrat de travail de la nouvelle directrice n'a pas été fourni.
E10 1.2.2.8	Les plannings remis à la mission d'inspection ne sont pas légendés et ne permettent pas d'identifier le personnel d'astreinte rappelable par téléphone en dehors des heures ouvrées et la nuit.
E11 1.2.2.9	La mission d'inspection n'a pas constaté de formalisation d'une procédure de remplacement en l'absence du directeur aux heures ouvrées.
E12 1.2.2.10	Le DUD de la directrice n'a pas été transmis.
E13 1.2.2.12	Le contrat de travail de l'IDEC n'a pas été fourni.
E14 1.2.2.13	La fiche de poste est signée de l'Idec et du directeur mais n'est pas datée.
E15 1.2.2.14	Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo non précisé dans son contrat de travail n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.
E16 1.2.3.5	Les affichages qui doivent être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets.
E17 1.3.3.1	A la lecture du compte rendu du CVS du 20/10/2023, il est constaté la non-conformité du fonctionnement de cette instance en l'absence de représentants du personnel, de l'ordre de jour et d'un secrétaire de séance non désigné.
E18 1.3.3.2	Le CVS n'est pas informé du bilan des EI, dysfonctionnements et des mesures correctrices mises en œuvre.

E19 1.4.2.1	Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui le rend obsolète.
E20 1.4.3.1	Toutes les mesures permettant de prévenir la maltraitance ne sont pas mises en œuvre et ne permettent pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques.
E21 1.4.3.2	L'absence de procédure de traitement des situations de violence ou de harcèlement sexuel a été constatée.
E22 1.4.3.3	L'absence de procédure de signalement en cas d'agression a été constatée.
E23 1.5.1.1	Les réclamations ne sont ni tracées, ni suivies ni analysées.
E24 1.5.1.3/1.5.1.5 /1.5.1.6/1.5.1.7	L'EH PAD ne dispose pas de procédures connues par les personnels, ni d'outils adaptés, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations des EI.
E25 2.1.1.1	Les effectifs d'AS et AMP sont comptabilisés à 15, il est donc constaté un écart à la norme de 3 AS qualifiées en CDI. Contrairement aux déclarations de la direction et aux plannings établis, l'équipe d'inspection constate la présence de 11 auxiliaires de vie qui ne disposent pas des qualifications requises et sont considérées comme faisant fonction d'aide soignantes.
E26 2.1.1.3	La proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme n'ont pas pu être vérifiés, la direction de l'établissement n'a pas respecté ses obligations réglementaires de déclaration sur le site de l'ANAP.
E27 2.1.1.8	La direction doit fournir les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre.
E28 2.1.2.1	La direction ne respecte pas les obligations de l'ART 313-12 du CASF relatives à la mise en œuvre d'un plan de formation à destination de ses salariés pour une prise en charge adaptée des usagers.
E29 2.1.2.3	Le plan de formation remis à la mission d'inspection ne permet ni de constater la déclinaison de la mobilité interne des agents ni la politique interne relative à la VAE.
E30 2.1.4.1/2.1.4.5	Les plannings ne comportent pas de légende et ne sont pas actualisés en cas d'absence.
E31 2.1.4.2	Pour les AS, AMP et AVS, les fiches de poste sont communes
E32 2.1.4.4	La mission a constaté le glissement de tâche lors de l'absence de personnel soignant. Le personnel hôtelier est mis à contribution pour les toilettes. Le croisement des fiches de postes, du RUP, des plannings et du livret d'accueil du personnel met en évidence que l'ensemble des 12 membres d'équipes soignantes affectées aux 12 secteurs de l'établissement réalisent la dispensation de médicaments lors des repas (petit-déjeuner, déjeuner et dîner). En outre, comme mentionné au point 2.1.4.5, il apparaît que tous les membres des équipes soignantes ne détiennent pas le DE AS. La « procédure à suivre en cas d'absence inopinée » demandée par la mission d'inspection, n'a pas été remise par la direction.
E33 2.1.4.7	L'établissement ne s'est pas soumis aux obligations réglementaires de transmission du tableau de bord ESMS de l'ANAP 2022 pour l'année 2023.
E34 2.3.1.2	Le registre des entrées et sorties des résidents n'a pas pu être présenté le jour de l'inspection. Il n'a pas été remis à la mission d'inspection.
E35 2.3.2.1	De nombreuses irrégularités ont été relevées dans la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2 :
E36 2.3.4.2	- Les contrats de séjour dont les annexes ou mentions sont manquantes (liberté d'aller et venir, contentions, recherche du consentement éclairé, désignation de la personne de confiance, directives anticipées, personnes qualifiées) . Leur format n'est pas homogène. - Le PAI dont le formulaire n'est pas suffisamment détaillé (contenu, date d'élaboration, date de mise à jour, référent PAI non identifié...) - Le livret d'accueil fourni au format informatique est inexploitable,

E37 2.4.1.3	L'équipe d'inspection a constaté l'absence de dispositifs de sécurité incendie limitant l'ouverture des fenêtres. Certains dispositifs de sécurité incendie assurant le désenfumage sont endommagés ou obstrués. Les produits dangereux sont accessibles aux résidents. Ces conditions d'accueil ne permettent pas d'assurer la sécurité des personnes hébergées conformément à l'article L 311-3-1er du CASF.
E38 2.4.2.2 2.5.3.3	Les barres d'appui ne sont pas déployées dans tous les couloirs et toutes les chambres.
E39 2.5.3.4	Malgré l'existence d'un système anti fugue, il est constaté que les accès vers l'intérieur ou vers l'extérieur de l'EHPAD permettent la fugue d'un résident ou une intrusion par le portail de livraison et les différentes issues non verrouillées des bâtiments.
E40 3.1.3.3	L'ensemble des résidents ne dispose pas de PAI. Il n'y a aucun référent PAI et la psychologue salariée par l'établissement est affectée à des tâches d'animation. Le formulaire PAI ne répond pas aux recommandations des bonnes pratiques de la HAS. Cette situation contrevient aux bonnes pratiques de la HAS L311-3 3° CASF, L311-3 7° CASF et aux RBPP.
E41 3.1.4.1	Les réunions d'analyse des pratiques et les groupes de parole pour les professionnels sont à remettre en place.
E42 3.1.4.4	La traçabilité des réunions pluridisciplinaires est à mettre en place.
E43 3.1.4.7	Les temps de transmission et de chevauchement entre l'équipe de nuit et de jour ne sont pas prévus dans les plannings.
E44 3.2.2.1 3.2.2.2 3.2.2.5	Les formulaires remis et les trois contrats de séjour des résidents examinés ne comprennent pas les éléments suivants : - les modalités de recours et la liste des personnes qualifiées n'apparaissent pas dans le contrat de séjour et ses annexes ; - les formulaires de demande d'admission et contrat de séjour vierges permettant d'identifier la personne de confiance.
E45 3.2.3.1	Le protocole des contentions remis le jour de l'inspection n'est signé que par le directeur. La réévaluation mensuelle des contentions prescrites de manière ordinaire n'est pas précisée.
E46 3.4.1.1	Les locaux d'hébergement des résidents doivent répondre aux conditions de sécurité des résidents (prévention des fugues, appels-malades, sécurité incendie) et garantir la prise en charge relative aux soins (art L311-3 1° CASF).
E47 3.4.3.5	La distribution d'eau, l'accès aux compléments alimentaires médicaux, leurs conditionnements et la mise à disposition de sucre, contreviennent aux règles d'hygiène, aux bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuses garantissant la sécurité et bien-être du résident.
E48 3.4.4.1	Il n'est pas possible de constater la fréquence de toilette et la bonne prise en compte des habitudes de vie des résidents. En l'absence de PAI et de projet de soins correspondant, le respect de la dignité, de l'intégrité et de l'intimité de la personne accueillie n'est pas assuré.
E49 3.8.1.1	La direction a déployé des pratiques de soins non conventionnelles incluses dans la prise en charge sous le label TBIen qui a généré le recrutement de salariés soit une sophrologue, une masseuse, une réflexologue et une kinésologue. Ces salariés sont présentés comme thérapeutes. En outre, le tarif des prestations de massages est affiché dans le hall de l'établissement. Ces prestations apparaissent comme prestations supplémentaires devant être mentionnées dans le contrat de séjour. Les prestations des autres « thérapeutes » ne sont pas affichées ni mentionnées dans les contrats de séjour.
E50 3.8.1.2	Au sein de l'EHPAD, la dispensation des médicaments par des AVS, n'est donc pas conforme à l'ART L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS. Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : aide soignants et assistants éducatifs et sociaux (ex-AMP, AVS). De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les actes et soins infirmiers délégués aux AS et AES diplômées. Cela impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge. L'organisation des équipes soignantes et la dispensation des médicaments est de nature à mettre en danger la santé du résident.
E51 3.8.1.4	Le contrat du MedCo comprend un temps de médecin prescripteur, sans que le temps de coordination ne soit clairement identifié et qui est attendu à hauteur de 0.6 ETP. La mission d'inspection a constaté que : -Les actes techniques infirmiers ne sont pratiqués exclusivement par les IDE. -La tenue de certains soignants est en inadéquation avec les recommandations des bonnes pratiques d'hygiène liées au soins dispensés. (port de vêtement à manche longue, ongles longs, port de bijoux et de vernis, absence de tenue.) malgré une convention avec une IMH.

E52 3.8.2.16 3.8.3.1	L'ordonnancement et le stockage des médicaments de l'établissement ne répond pas à la procédure du circuit du médicament, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3 1° du CASF relatif à la sécurité du résident.
E53 3.8.3.8	Le chariot d'urgence est incomplet, n'est pas scellé, ne fait pas l'objet d'un inventaire mensuel ou après chaque ouverture. Il est entouré de cartons qui entravent son déplacement. Le sac du matériel à aspiration présente des éléments déconditionnés.
E54 4.2.1.2	Les conditions d'intervention du docteur V au sein de l'établissement ne sont pas clairement établies. Les diplômes de l'ensemble des médecins intervenant dans l'EHPAD ont été fournis à l'exception de ce médecin traitant. L'échange avec la MedCo n'a pas fait mention d'un troisième MT contribuant à la permanence médicale 6 jours sur 7.

Remarques

Numéro	Remarques
R1 1.1.1.5	Les motifs de restructuration invoqués par la direction pour repousser la démarche de contractualisation du CPOM ne sont pas avérés.
R2 1.4.1.1	Au cours des entretiens, les salariés ont fait part à la mission de l'absence de référents dans les différents domaines, tels que la nutrition, les chutes, la douleur...
R3 2.1.3.1	Absence de temps d'échanges en dehors des temps de transmissions pour l'ensemble des personnels.
R4 2.4.4.2	L'établissement doit mettre en œuvre les RBPP relatives au circuit du linge telles que : - le nettoyage des machines, - l'entretien et le nettoyage des chariots, - le housage des chariots et le filage du linge des résidents lors du déplacement et de l'entreposage intermédiaire dans les étages.
R5 3.8.2.13	En ne garantissant pas une identitévigilance de qualité, la sécurité des résidents dans le circuit du médicament n'est pas assurée

Conclusion

L'inspection/contrôle de l'EHPAD La Mélod'Hier, a été réalisée de façon inopinée le 14 novembre 2023 et le rapport a été complété à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

Il est constaté un manque général de formalisation des procédures, un défaut de communication managériale et une insuffisance dans la démarche qualité et dans la prise en charge en soins, ne permettant pas à l'EHPAD de respecter pleinement la réglementation en vigueur ou de se conformer à l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Gestion des informations
- Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
- Sécurité

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

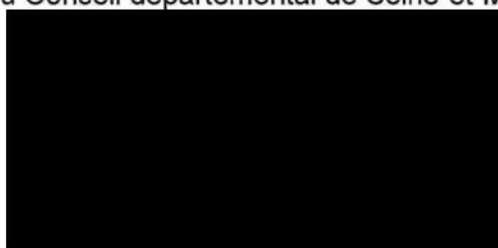
- Coordination avec les autres secteurs

Lieusaint, le

L'inspectrice désignée coordinatrice de la mission
d'inspection / contrôle



La chargée d'études
du Conseil départemental de Seine-et-Marne



Glossaire

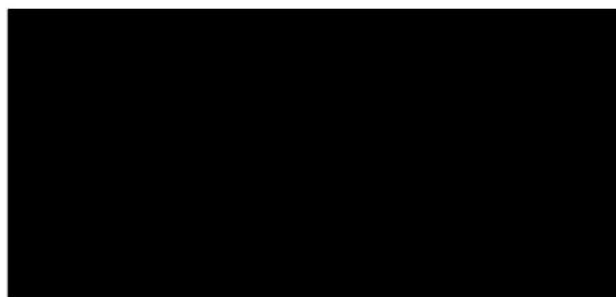
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission 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
Politique de l'offre de soins et de l'autonomie
Direction de l'autonomie
Responsable de l'autonomie : Emmeline SALIS
Responsable adjointe : Aurore SANSON
Affaire suivie par : Pascale FOUASSIER
Courriel : pascale.fouassier@ars.sante.fr



Lieusaint, le

14 NOV. 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

L'EHPAD La Mélod'hier situé à Coubert (FINESS ET 770811545) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

- La présence d'un directeur, medco et IDEC dans les effectifs de l'établissement à la date du contrôle ;
- Le nombre d'AS et d'IDE en poste le jour du contrôle ;
- La liste des employés de l'établissement à la date du contrôle ;
- La politique de promotion de la bientraitance ;
- Le bon fonctionnement des appels malades et les temps de décrochés ;
- Les vaccinations des professionnels contre le covid et la grippe ;
- La présence d'un chariot d'urgence scellé dans l'établissement ;
- La fréquence des CVS ;

13 avenue Pierre Point – CS 30781 - 77567 LIEUSAIN Cedex
Téléphone : 01 78 48 23 00
www.ars.iledefrance@ars.sante.fr

Délégation départementale de Seine-et-Marne

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

Direction de l'autonomie

Responsable de l'autonomie : Emmeline SALIS

Responsable adjointe : Aurore SANSON

Affaire suivie par : Pascale FOUASSIER

Courriel : pascale.fouassier@ars.sante.fr

Madame Pascale FOUASSIER, inspectrice,
délégation départementale de l'ARS de Seine-et-
Marne

Madame Isabelle PUGLIESE, chargée de contrôle
désignée personne qualifiée conformément à
l'article L. 1421-1 du code de la santé publique

Monsieur Cyrille MATTIOLI, chargé de contrôle
désigné personne qualifiée conformément à l'article
L. 1421-1 du code de la santé publique

Lieusaint, le

14 NOV. 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

L'EHPAD La Mélod'hier situé à Coubert (FINESS ET 770811545) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

- La présence d'un directeur, medco et IDEC dans les effectifs de l'établissement à la date du contrôle ;
- Le nombre d'AS et d'IDE en poste le jour du contrôle ;
- La liste des employés de l'établissement à la date du contrôle ;
- La politique de promotion de la bientraitance ;
- Le bon fonctionnement des appels malades et les temps de décrochés ;
- Les vaccinations des professionnels contre le covid et la grippe ;
- La présence d'un chariot d'urgence scellé dans l'établissement ;
- La fréquence des CVS ;

- Les affichages obligatoires dans l'établissement ;

La mission débutera à compter du 14/11/2023 à 8 heures et sera assurée par :

- o Madame Pascale FOUASSIER, inspectrice, coordonnatrice de la mission, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- o Madame Isabelle PUGLIESE, chargée de contrôle désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- o Monsieur Cyrille MATTIOLI, chargé de contrôle désigné personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;

Les inspections seront réalisées selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que les membres de la mission jugeront utiles de rencontrer.

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

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

P/ La Directrice générale
de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France
La directrice de la délégation départementale



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 ».

Melun, le
31 OCT 2023

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur
EHPAD La Mélod'hier à Coubert

OBJET : LETTRE DE MISSION RELATIVE AU CONTROLE de l'EHPAD La Mélod'hier de Coubert

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Dans le cadre des articles L133-2 et L313-13 à 20 du Code de l'Action Sociale et des Familles, j'ai décidé de diligenter un contrôle ayant pour objet d'analyser le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD La Mélod'hier de Coubert.

Dans ce cadre, [REDACTED] vérifiera que votre établissement dispose des autorisations prévues à cet effet pour mener ses activités, ne présente aucune infraction aux lois et règlements ni aucun dysfonctionnement dans sa gestion et son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, et qu'il présente les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L312-1.

Ce contrôle sera réalisé conformément à l'article L1421-3 du Code de la Santé Publique :

« Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, 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. »

Cette mission aura lieu le mardi 14 novembre 2023, toute la journée.

Un rapport sera établi et envoyé, dans le cadre d'une procédure contradictoire, au gestionnaire de votre établissement.

Le Président du Conseil départemental

Copie à Agence Régionale de Santé

Les informations recueillies peuvent être enregistrées dans les logiciels métiers et dans la base de contact du Département. Les services concernés en sont les destinataires exclusifs. Elles sont destinées à l'accomplissement des missions du Département. Vous pouvez exercer vos droits conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, auprès du délégué à la protection des données du Département, par mail adressé à dsi@seine-et-marne.fr ou par courrier postal adressé au Délégué à la protection des données - Hôtel du Département CS 50377 - 77010 Melun cedex

Annexe 2 : Liste des documents demandés

GOUVERNANCE : Equipe de direction	
1	L'organigramme et la photographie de son affichage au sein de l'établissement.
2	Le diplôme(s) du directeur de l'EHPAD
3	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du directeur de l'EHPAD
4	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD
5	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD
6	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS
7	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS
8	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS
9	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS
10	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO
11	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO
12	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO
13	La fiche de poste du MEDCO
14	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction du M-1, M et M+1
15	La procédure et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)
FONCTIONS SUPPORT : Gestion des ressources humaines	
16	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir
17	Le personnel médical, paramédical et soignant en CDI (document à remplir par l'établissement)
18	Le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois (au format tableur : EXCEL ou Libre office CALC)
19	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI (hors personnel cadre)
20	Tous les diplômes du personnel soignant de nuit en CDI (AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)
21	Tous les diplômes des IDE en CDI (hors IDEC/CDS)
22	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical en CDI (médecin prescripteur, pharmacien...)
23	La liste des agents en cours de formation qualifiante et leur attestation d'inscription à la formation qualifiante
24	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant
25	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (AS/AES/AMP/AUX et IDE/IDEC) + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés
26	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)
27	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des ASH
28	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)
PRISE EN CHARGE : Vie quotidienne, hébergement	
29	Liste anonymisée des régimes et textures
30	Protocole de délégation par les IDE vers les AS de l'administration des médicaments
31	Liste des médicaments écrasables
32	Contrat de maintenance SSI
33	Calendrier de formation sécurité incendie
34	Convention(s) avec IDEL le cas échéant
35	Procédure de bientraitance et plan d'action de promotion de la bientraitance
36	Mode de communication des procédures de bientraitance au personnel
37	Liste des formations relatives à la bientraitance effectuées sur l'année N et N-1 et N-2 et nombre de personnel formé ayant participé à ces formations (attestations de formation)
38	Procédure d'enregistrement et de communication aux autorités de contrôle et tarification des EIG et réclamations
39	Procédure d'utilisation et réévaluation des contentions
40	Outils de la loi 2002-2 (Livret d'accueil, Contrat de séjour, règlement de fonctionnement, CVS, règlement intérieur)
41	Protocole de prévention des escarres
42	Protocole de soins de nursing
43	Protocole de prévention des infections