

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
«SAS SGMR»
«EHPAD Les Charmettes»
5 avenue Jean Moulin, 77200 TORCY
N° FINESS : 770814754**

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° 2024_IDF_00595

Contrôle sur pièces du 14 octobre 2024

Mission conduite par

Accompagnée par

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discréetion 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 | 10 |
| Animation et fonctionnement des instances | 13 |
| Fonctions support..... | 14 |
| Gestion des ressources humaines | 14 |
| Sécurité des personnes..... | 17 |
| Prises en charge..... | 18 |
| Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie | 18 |
| Récapitulatif des écarts et des remarques | 20 |
| Conclusion | 22 |
| Glossaire | 23 |
| Annexes | 24 |
| Annexe 1 : Lettre d'annonce | 24 |
| Annexe 2 : Liste des documents demandés..... | 26 |

Synthèse

Eléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

4. Gestion des ressources humaines
5. Sécurité des résidents

PRISE EN CHARGE

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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription de l'EHPAD «Les Charmettes», situé au 5 avenue Jean Moulin, 77200 TORCY, (FINESS 770814754), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

4. Gestion des ressources humaines (RH)
5. Sécurité des résidents

PRISE EN CHARGE

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 14 octobre 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Un e-mail a été transmis à la direction le 17 septembre 2024, auquel étaient joints :

- La lettre d'annonce où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle ;
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (7 jours) ;
- Les modalités opérationnelles :
 - De connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux> qui a été utilisé pour la transmission des documents ;
 - De dépôt de documents (éléments probants).

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

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

Le Conseil départemental a été informé du ciblage.

Présentation de l'établissement

Situé au 5 avenue Jean Moulin 77200 TORCY, l'établissement « Les Charmettes » est un EHPAD privé à but lucratif géré par le groupe « SAS SGMR » dont le siège social est situé au 7 allée Haussmann 33070 BORDEAUX Cedex.

L'établissement dispose d'une capacité autorisée de 104 places d'hébergement permanent.

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

████████ le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR-PATHOS du ██████████ le GMP s'élève à █████ et le PMP à █████. Aussi, les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux¹ mentionnés en note de bas de page s'agissant du GMP et au-dessus quant au PMP.

Les 94 résidents accueillis lors de l'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS étaient répartis comme suit :

| Dépendance | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 et 6 |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|------------|
| EHPAD «Les Charmettes» | | | | | |
| IDF ² 2022 | 14,46 % | 41,51 % | 19,59 % | 17,95 % | 2,54 % |

La négociation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est prévu pour 2025.

¹ En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 742 et 227 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=606).

² Médiane des GIR d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=607).

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

| Nom de l'EHPAD | « Les Charmettes » | |
|--|----------------------|--------------|
| Nom de l'organisme gestionnaire | « SAS SGMR » | |
| Numéro FINESS géographique | 770814754 | |
| Numéro FINESS juridique | 130037732 | |
| Statut juridique | Privé à but lucratif | |
| Option tarifaire | Partielle | |
| Pharmacie à usage interne (PUI) | Non | |
| GMP en vigueur | | |
| PMP en vigueur | | |
| Capacité autorisée de l'établissement | Type | Nombre |
| | HP ³ | 104 |
| | HT ⁴ | 4 |
| | PASA ⁵ | Non concerné |
| | AJ ⁶ | Non concerné |
| | UHR ⁷ | Non concerné |
| | UPHV ⁸ | Non concerné |
| | PFR ⁹ | Non concerné |
| Nombre de places habilitées à l'aide sociale | 0 | |

³ Hébergement permanent.

⁴ Hébergement temporaire.

⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés.

⁶ Accueil de jour.

⁷ Unité d'hébergement renforcée.

⁸ Unité pour les personnes handicapées vieillissantes.

⁹ Plateformes d'accompagnement et de répit.

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--------------|--|-----------------|-------|-------|-------|-------|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.1.1.2 | Conformité aux conditions d'autorisation | <p>L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ?</p> <p>Est-ce que l'établissement respecte la capacité autorisée (95%) ?</p> | <p>Le nom du gestionnaire actuel est-il celui repris dans l'arrêté d'autorisation ? Oui.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Places occupées / Places autorisées/installées Taux d'occupation (%)</th> <th>Conforme O/N/SO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HP</td> <td></td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>HT</td> <td></td> <td>Oui</td> </tr> </tbody> </table> | Type | Places occupées / Places autorisées/installées Taux d'occupation (%) | Conforme O/N/SO | HP | | Oui | HT | | Oui | | <p>L313-1 alinéa 4 du CASF (, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, changement d'OG)</p> <p>L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) (APA établissement 60 ans)</p> <p>D312-155-0-1 CASF (PASA)</p> <p>D312-155-0-2 CASF (UHR)</p> <p>D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)</p> | | | | | |
| Type | Places occupées / Places autorisées/installées Taux d'occupation (%) | Conforme O/N/SO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HP | | Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HT | | Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.2.2 | Conformité aux conditions d'autorisation | La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ? | L'établissement ne dispose pas de PASA. | | <p>Art. D312-155-0-1 (PASA)</p> <p>Art. D312-155-0-2 (UHR)</p> <p>RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.3.1 | Conformité aux conditions d'autorisation | <p>Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?</p> <p>Descriptif de la population par GIR (source ERRD/données ANAP...)</p> | <p>Nombre de résidents de moins de 60 ans : la mission ne dispose pas d'informations.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dépendance</th> <th>GIR 1</th> <th>GIR 2</th> <th>GIR 3</th> <th>GIR 4</th> <th>GIR 5</th> <th>GIR 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pourcentage de la population accueillie / places HP</td> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Les calculs sont établis sur la liste des 104 résidents en hébergement permanent.</p> <p>La répartition en GIR est conforme aux proportions prévues à l'article D. 313-15 du CASF (GIR 1 à 3 = █ % et GIR 1 à 2 = █ %).</p> | Dépendance | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 | GIR 6 | Pourcentage de la population accueillie / places HP | | | | | | | | <p>D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée")</p> <p>R.314-170 à R.314-171-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) relatif à l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées.</p> |
| Dépendance | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 | GIR 6 | | | | | | | | | | | | | |
| Pourcentage de la population accueillie / places HP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Management et stratégie

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|-------------------------|--|--|--------------|---|
| 1.2.1.2 | Management et stratégie | Conformité du règlement de fonctionnement | <p>Existe-t-il ? <i>Oui</i> Date d'effectivité : 2022-2027 Présentation au CVS ? <i>Oui</i> Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> - respect des droits des personnes prises en charge, <input checked="" type="checkbox"/> - modalités d'association des familles, <input checked="" type="checkbox"/> - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, <input checked="" type="checkbox"/> - sûreté des personnes et des biens, <input checked="" type="checkbox"/> - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, <input checked="" type="checkbox"/> - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, <input checked="" type="checkbox"/> - les affections, la dépendance, Alzheimer, <input checked="" type="checkbox"/> - l'organisation des soins, <input checked="" type="checkbox"/> - transferts et déplacements, <input type="checkbox"/> - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, <input checked="" type="checkbox"/> - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, <input checked="" type="checkbox"/> - sanctions des faits de violence sur autrui, <input type="checkbox"/> - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles. <p>Le règlement de fonctionnement est non conforme</p> | E1 | <p>L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS)</p> <p>R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)</p> |
| 1.2.1.5 | Management et stratégie | <p>Le projet d'établissement</p> <p>Le projet général de soins est-il élaboré et intégré au PE ?</p> <p>Intègre-t-il un volet relatif aux soins palliatifs ?</p> <p>Fait-il référence au plan bleu ?</p> | <p>Existe-t-il ? <i>Oui</i> Date d'effectivité : 2024-2028 Est-il en cours de validité au jour du contrôle ? <i>Oui</i> Présentation au CVS ? <i>Oui</i> Le projet d'établissement contient les volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> - Présentation de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> - Présentation des enjeux et missions <input checked="" type="checkbox"/> - Caractéristiques des personnes accueillies <input checked="" type="checkbox"/> - Nature de l'offre de service et organisation <input checked="" type="checkbox"/> - Management de l'EHPAD <input checked="" type="checkbox"/> - Objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ; <input checked="" type="checkbox"/> - Modalités d'organisation et de fonctionnement ; <input checked="" type="checkbox"/> - Politique de prévention et de lutte contre la maltraitance (gestion du personnel, de formation et de contrôle). <input type="checkbox"/> - Arrêté de désignation des personnes qualifiées et modalités de recours ; <input checked="" type="checkbox"/> - Modalités d'association du personnel et | E2 | <p>L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé)</p> <p>D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs)</p> <p>R314-88, I, 1^o du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE)</p> <p>D312-158, 1^o du CASF (médecin coordonnateur élaborer projet général de soins s'intégrant dans PE)</p> <p>D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p>RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS</p> |

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|--------------------------------|---|---|--------------|--|
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> - Modalités d'association des personnes accueillies <input type="checkbox"/> - Conditions de sa diffusion une fois établi <input checked="" type="checkbox"/> - Projet général de soins <input checked="" type="checkbox"/> - Volet relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie <input checked="" type="checkbox"/> - Références au plan bleu et aux crises sanitaires <input checked="" type="checkbox"/> - Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs Le PE est non conforme | | |
| 1.2.1.6 | Management et stratégie | Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? | Existe-t-il ? <i>Oui</i> Date de révision : 2024 Est-il en cours de validité annuelle au jour du contrôle ? <i>Oui</i> Présentation au CVS ? <i>Non</i> Mentionne-t-il : Les volets crise sanitaire et climatique, un plan de continuité des activités, et de reprise des activités ? <i>Oui</i> La désignation d'un référent directeur ou médecin coordonnateur en situation de crise ? <i>Oui</i> Une convention avec un établissement de santé ? <i>Oui</i> Recommandations de bonnes pratiques à destination des personnels en cas de canicule ? <i>Oui</i> Protocole sur les modalités d'organisation en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence ? <i>Oui</i> Le plan bleu est non conforme | E3 | L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. |
| 1.2.2.1 | Management et stratégie | Organisation de la direction de l'établissement | Y-a-t-il un directeur dédié en poste dans l'établissement à 1 ETP ? <i>Oui</i> Existe-t-il un organigramme à jour (noms) de la structure, est-il disponible et affiché (photo fournie) ? <i>Oui</i> L'organigramme n'indique pas le nom de tout le personnel. L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ? <i>Oui</i> L'organisation de la direction de l'établissement est non conforme. | R1 | L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4 ^e CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008 |
| 1.2.2.6 | Management et stratégie | | Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? <i>Oui</i> | | |
| 1.2.2.7 | Management et stratégie | Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ? | Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ? <i>Oui</i> Pour un établissement privé, le directeur est-il titulaire d'une certification de niveau I : (doctorat, Master 2, DEA, DESS) ou certification de niveau II : (Maitrise, licence.) / S'il est titulaire d'une certification de niveau II est-il en cours d'obtention d'une qualification de niveau I ? <i>Oui</i> | | D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur : doctorat, Master 2, DEA, DESS) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur : Maitrise, licence.) D312-176-10 du CASF (établissements publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS) |

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|----------|--------------------------------|--|---|--------------|---|
| 1.2.2.8 | Management et stratégie | Astreintes | <p>Le diplôme du directeur est conforme.</p> <p>Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) <i>Oui</i> <i>Et</i> Existe-t-il des astreintes techniques ? La mission ne dispose pas d'informations concernant les astreintes techniques. L'organisation des astreintes techniques de l'établissement est non conforme.</p> | R2 | Convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux (Avenant du 16 mars 2012 relatif à la mise à jour de la convention) - Titre XXIV Dispositions spécifiques aux cadres (Articles 87 à 92 bis) |
| 1.2.2.10 | Management et stratégie | Délégation du directeur de l'établissement et subdélégations ? | <p>Les délégations ont-elles été formalisées par écrit (DUD) ? <i>Oui</i> <i>Et</i> En cas d'absence du directeur les subdélégations sont-elles prévues ? <i>Non</i></p> <p>Les subdélégations de la directrice envers ses suppléants n'est pas conforme.</p> | E4 | D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations inclus dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur) |
| 1.2.2.12 | Management et stratégie | Coordination des soins | <p>L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Aucun contrat n'a été transmis et aucun salarié IDEC ne figure dans les plannings du mois de septembre ni celui d'octobre.</p> | R3 | 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 | Fiche de poste de l'IDEC | Il existe une fiche de poste IDEC signée en date [REDACTED] | | |
| 1.2.2.14 | Management et stratégie | <p>Médecin coordonnateur</p> <p><i>Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;</i> <i>-un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;</i> <i>-un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;</i> <i>-un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;</i> <i>-un équivalent temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.</i> <p><i>Pour les groupements de coopération sociale ou médico-sociale qui exercent les missions mentionnées au b du 3^e de l'article L. 312-7, le temps de présence du médecin coordonnateur est déterminé dans les conditions mentionnées au présent article en fonction de la totalité des capacités installées des établissements qui en sont membres et dont les organismes gestionnaires ont souhaité leur confier l'exploitation directe d'autorisations médico-sociales.</i></p> <p><i>Au sein des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 dont la capacité autorisée est inférieure à 200 places, la fonction de coordination prévue au V du même article est occupée par un seul médecin.</i></p> | <p>Existe-t-il un médecin coordonnateur ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? <i>Oui</i></p> <p>Est-ce-que la quotité d'ETP est conforme à la réglementation ? <i>Non</i> Le médecin coordonnateur a une quotité de travail de [REDACTED] ETP contre 0,8 ETP requis. Le temps de travail du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD n'est pas conforme.</p> | E5 | D312-156 du CASF (ETP médecin coordonnateur) |
| 1.2.2.15 | Management et stratégie | Qualification, diplômes, fiche de poste ou lettre de mission du médecin coordonnateur | Le médecin coordonnateur dispose-t-il d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gérontologie, d'un diplôme d'études spécialisées de gérontologie ou de la capacité de | | D312-157 CASF (diplôme médecin coordonnateur) et D312-159-1 CASF (contrat du médecin coordonnateur) |

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|--------|------------|--------------------|--|--------------|--|
| | | | <p>gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue ? <i>Oui</i></p> <p>Et</p> <p>Le médecin coordonnateur dispose-t-il d'une fiche de poste ou d'une lettre de missions ? <i>Oui</i></p> <p>Les diplômes et la fiche de poste du médecin coordonnateur sont conformes.</p> | | décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération médecin coordonnateur) |

Animation et fonctionnement des instances

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|--|---------------------------|---|--------------|-------------------------------|
| 1.3.3.1 | Animation et fonctionnement des instances | Conseil de la vie sociale | <p>Le CVS dispose-t-il d'un règlement intérieur ? <i>Oui</i></p> <p>Le CVS est-il en place ? <i>Oui</i></p> <p>Le conseil de la vie sociale comprend au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> - Deux représentants des personnes accompagnées ; <input checked="" type="checkbox"/> - Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ; <input checked="" type="checkbox"/> - Un représentant de l'organisme gestionnaire. <p>Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p> <p>Se réunit-il au moins 3 fois par an ? <i>Non</i></p> <p>Deux comptes rendus de 2022 ainsi que deux comptes rendus de l'année 2023 ont été transmis.</p> <p>Concernant l'année 2024, un seul compte rendu a été fourni et l'établissement indique les prochaines tenues du CVS le 27/09/2024 et le 19/12/2024.</p> <p>L'organisation du CVS est <i>Non conforme</i></p> | E6 | D311-4 à D311-20 CASF |
| 1.3.3.2 | Animation et fonctionnement des instances | Information du CVS des EI | <p>Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ? <i>Oui</i></p> <p>L'information du CVS est conforme.</p> | | R331-10 CASF |

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|---------------------------------|---|--|--------------|---|
| 2.1.1.1 | Gestion des ressources humaines | Conformité de l'équipe pluridisciplinaire | <p>La mission constate à la date du contrôle que l'établissement affecte pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents, l'effectif soignant permanent suivant en équivalents temps plein (ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] DD, - [REDACTED] en CDI, - [REDACTED] en CDI et [REDACTED] DE en CDD. <p>Aucun contrat de travail du personnel employé en CDD n'a été transmis à la mission d'inspection. De ce fait, ce personnel n'a pas été compté dans le calcul indiquant la stabilité des effectifs des salariés au sein de l'EHPAD.</p> <p>La mission informe l'établissement que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.</p> <p>Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] AS/AES et son effectif [REDACTED] est pas conforme ; - [REDACTED] IDE et son effectif [REDACTED] est pas conforme. | E7 | D312-155-0 du CASF L.311-3 1 ^o , 3 ^o CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L4391-1 du CSP RBPP HAS : Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. |
| 2.1.1.3 | Gestion des ressources humaines | Taux de rotation du personnel et taux d'absentéisme | <p>Selon les données 2022 de l'ANAP, le taux de rotation du personnel est de [REDACTED] % et le taux d'absentéisme est de [REDACTED] %.</p> <p>Le taux de rotation de l'établissement est supérieur au taux régional médian.</p> <p>Le taux d'absentéisme de l'établissement est inférieur au taux régional médian.</p> | R4 | L.311-3 1 ^o CASF (Sécurité résident) L311-3 3 ^o (PEC et accompagnement de qualité) Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (taux de remplissage minimum du tableau ANAP = 90 %) |
| 2.1.2.1 | Gestion des ressources humaines | Plan de formation ? | <p>Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour l'année N-2, N-1 et N ? Non / Non fourni et</p> <p>Des formations sur les thématiques et sur les procédures de soins de l'EHPAD sont-elles mises en œuvre ? sans objet en absence du plan de formation.</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations diplômantes ? sans objet en absence du plan de formation.</p> <p>et</p> <p>Parmi les formations les thèmes de la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance sont-ils abordés ? sans objet en absence du plan de formation.</p> <p>et</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? sans objet en absence du plan de formation.</p> | R5 | HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008 |

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------|--|-------------|------------|------------|-----------------------------------|------------|------------|--|------------|------------|--|-------|---------|-------------|------------|------------|-------------------------------|---|--|--|----|--|
| 2.1.2.5 | Gestion des ressources humaines | Accueil des nouveaux professionnels ? | Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? <i>Non</i> Le nouvel arrivant est-il accompagné par ses pairs ? La mission ne dispose pas d'informations. | R6 | HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne ») | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4.5 | Gestion des ressources humaines | Analyse des plannings | Comment est organisée la planification des professionnels : L'analyse des plannings n'a pas été possible en l'absence de légende, jamais transmise malgré plusieurs relances. Cependant, les fiches de tâches indiquent la répartition suivante du personnel soignant : - IDE <table border="1"> <tr> <td>Poste</td> <td>Horaire</td> <td>Spécificité</td> </tr> <tr> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>Roulement sur [REDACTED] semaines</td> </tr> <tr> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td></td> </tr> </table> - AS <table border="1"> <tr> <td>Poste</td> <td>Horaire</td> <td>Spécificité</td> </tr> <tr> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>Roulement [REDACTED] semaines</td> </tr> <tr> <td>[REDACTED] en CDD ; [REDACTED] et [REDACTED] en CDD</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [REDACTED] en CDD ; [REDACTED] et [REDACTED] en CDD) figurent sur le planning soignant des mois M-1, M et M+1. | Poste | Horaire | Spécificité | [REDACTED] | [REDACTED] | Roulement sur [REDACTED] semaines | [REDACTED] | [REDACTED] | | [REDACTED] | [REDACTED] | | Poste | Horaire | Spécificité | [REDACTED] | [REDACTED] | Roulement [REDACTED] semaines | [REDACTED] en CDD ; [REDACTED] et [REDACTED] en CDD | | | E8 | L311-3, 1 ^o CASF (Sécurité du résident) |
| Poste | Horaire | Spécificité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [REDACTED] | [REDACTED] | Roulement sur [REDACTED] semaines | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [REDACTED] | [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [REDACTED] | [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poste | Horaire | Spécificité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [REDACTED] | [REDACTED] | Roulement [REDACTED] semaines | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [REDACTED] en CDD ; [REDACTED] et [REDACTED] en CDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4.2 | Gestion des ressources humaines | Fiches de poste ? | Les personnels disposent-ils de fiches de poste décrivant les missions ? <i>Oui</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4.4 | Gestion des ressources humaines | Affectation Glissement de tâches | Les fiches de postes des ASH sont-elles distinctes de celles des AS, AMP et AES ? <i>Oui</i> L'équipe soignante compte-t-elle des ASH ou personnes ne détenant pas les diplômes réglementaires ? <i>Oui</i> Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ? <i>Oui</i> L'établissement affecte [REDACTED] exerçant les fonctions d'AS/AES/AMP en CDI/titulaire et CDD long que la mission ne peut pas considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF et ces agents se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'AS/AES ; ce qui contrevient aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP. | E8 | L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2 ^o CASF L311-3, 1 ^o CASF (Sécurité du résident) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4.7 | Gestion des ressources humaines | Gestion des absences imprévues et inopinées | Existe-t-il une procédure de remplacement pour les absences imprévues ? <i>Non</i> Existe-t-il une liste des remplaçants en cas d'absence des personnels soignants ? <i>Oui</i> | R7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4.10 | Gestion des ressources humaines | Fonctionnement et effectifs de nuit, des fins | Le week-end, et les jours fériés, les effectifs sont constitués <input type="checkbox"/> - d'une équipe soignante complète et | E8 | D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|--------|------------|--|---|--------------|--|
| | | de semaine et des jours fériés / Qualifications du personnel intervenant la nuit ou le week-end (référence de nuit : minimum 2 personnes dont 1 diplômée) | <input type="checkbox"/> - d'un/e IDE L'analyse des plannings n'a pas été possible faute d'absence de légende. De nuit, l'équipe et contre-équipe de nuit disposent-elles au moins un/e AS diplômée ? sans objet en absence de légende des plannings. | | L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF |

Sécurité des personnes

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|-------------------------------|----------------------------|--|--------------|--|
| 2.5.4.3 | Sécurité des personnes | Réponse aux appels malades | <p>L'établissement a-t-il fourni l'extraction du système d'appel malade ? <i>Non</i></p> <p>Les temps de réponse aux appels malades sont-ils supérieurs à 5 minutes ? sans objet (en l'absence de l'extraction du système d'appel malade).</p> | E9 | <p>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".</p> |

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 E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|---|---|--|--------------|--|
| 3.1.1.1 | Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie | Conformité réglementaire des demandes d'admission | <p>La procédure d'admission a-t-elle été communiquée ? <i>Oui</i></p> <p>Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? <i>Oui</i></p> <p>Existe-t-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ? <i>Non</i></p> <p>La procédure d'admission mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) <p>Ou/et</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? <p>La procédure d'admission prévoit- :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> - Le volet médical Et <input checked="" type="checkbox"/> - Le volet administratif Et <input checked="" type="checkbox"/> - Une pré-visite par le résident. <p>La procédure de demande d'admission est <i>non conforme</i></p> | E10 | (Obligation cerfa DU) R311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D312-159-2 CASF et D312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011 |
| 3.1.4.4 | Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie | Commission de coordination gériatrique (CCG) | <p>Le compte-rendu de réunion de la CCG de l'année N-1 a-t-il été fourni ? <i>Non</i> ET</p> <p>La liste d'émargement des membres a-t-elle été fournie ? <i>Non</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La CCG s'est réunie au moins une fois par an depuis l'année N-1 <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le médecin coordonnateur préside la CCG <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se réunit au moins une fois par an <p>Le fonctionnement de la CCG au sein de l'EHPAD est <i>non conforme</i>.</p> | E11 | <p>D312-158, 3^e (MÉDECIN COORDONNATEUR préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3^e de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles</p> <p>HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018</p> |

| N°IGAS | Sous-thème | Points de contrôle | Observations ou commentaires | Constats E/R | Références juridiques et RBPP |
|---------|--|--|--|--------------|--|
| 3.1.4.5 | Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie | Modalités d'intervention des médecins traitants Le Médecin coordonnateur doit faire ses interventions sur site et ne pas intégrer ses missions de médecin traitant dans son temps de coordination | Les contrats des médecins traitant libéraux intervenant dans l'établissement ont-ils été fournis ? <i>Non</i> Les médecins traitants ☒ Déplacement sur site et ☐ Utilisation des logiciels de soins de l'établissement Modalités d'intervention des médecins traitants sont non conformes. | E12 | R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2 ^e CASF (missions du médecin coordonnateur) |
| 3.1.2.0 | Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie | Séjour, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil | Existe-t-il un contrat de séjour ou un DIPC ? <i>Oui</i> | | L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté) |

Récapitulatif des écarts et des remarques

| Ecarts | |
|--------------------------------------|--|
| E1 1.2.1.2 | Le règlement de fonctionnement ne contient pas tous les éléments règlementaires (délivrance des prestations offertes à l'extérieur ainsi que les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles). |
| E2 1.2.1.5 | Le projet d'établissement également ne contient pas tous les éléments règlementaires (arrêté de désignation des personnes qualifiées et modalités de recours et les conditions de sa diffusion une fois établi) |
| E3 1.2.1.6 | Le plan bleu n'a pas été présenté au CVS. |
| E4 1.2.2.10 | En cas d'absence du directeur le document de subdélégations envers ses suppléants n'a pas été fourni. |
| E5 1.2.2.14 | La quotité de travail du médecin coordonnateur est insuffisante par rapport à la réglementation. |
| E6 1.3.3.1 | Le nombre de compte rendus CVS annuelle transmis est insuffisant ne permettant de confirmer qu'il se réunit trois fois par an. |
| E7 2.1.1.1 | Les effectifs du personnel soignant (IDE et AS/AES/AMP) employé en CDI ou CDD long sont insuffisants. |
| E8 2.1.4.4 2.1.4.5 2.1.4.10 | Absence de légende permettant une analyse des plannings. IL existe des glissements de tâches [REDACTED] |
| E9 2.5.4.3 | L'établissement n'a pas fourni l'extraction du système d'appel malade. |
| E10 3.1.1.1 | La procédure d'admission est incomplète : - Pas d'indications des critères et procédure de communication en cas de refus d'admission ; - Pas de mention du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ainsi que via trajectoire. |
| E11 3.1.4.4 | Aucun compte rendu de la commission de coordination gériatrique (CCG) n'a été transmis à la mission d'inspection et l'absence de liste d'émargement des membres ne permettent pas de confirmer la mise en œuvre de la CCG. |
| E12 3.1.4.5 | Les contrats des médecins libéraux intervenant au sein de l'EHPAD n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection. |

| Remarques | |
|----------------|---|
| R1 1.2.2.1 | L'organigramme affiché au sein de l'établissement traduit les liens hiérarchiques mais n'indique pas le nom de l'ensemble du personnel. |
| R2 1.2.2.8 | La mission ne dispose pas d'informations concernant l'organisation des astreintes techniques. |
| R3 1.2.2.12 | Aucun contrat de l'IDEC n'a été fourni à la mission d'inspection permettant de confirmer l'existence de son recrutement. |
| R4 2.1.1.3 | Le taux de rotation de l'établissement est supérieur au taux médian régional. |

| | |
|---------------|---|
| R5 2.1.2.1 | Aucun plan de formation n'a été transmis. |
| R6 2.1.2.5 | Le protocole d'accueil des nouveaux salariés au sein de l'EHPAD est manquant. |
| R7 2.1.4.7 | La procédure de remplacement pour les absences imprévues est également manquante. |

Conclusion

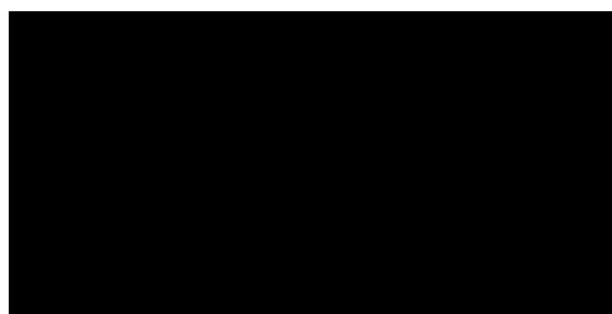
Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Charmettes », géré par le groupe « SAS SGMR » a été réalisé le 14 octobre 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
 - Management et stratégie :
 - Le règlement de fonctionnement est à compléter ;
 - Le projet d'établissement est à compléter également ;
 - Le plan bleu doit être présenté au CVS ;
 - Les subdélégations en cas d'absence de la directrice ne sont pas prévues ;
 - L'absence de contrat de l'IDEC ne permet pas de confirmer son recrutement ;
 - La quotité de travail du médecin coordonnateur est insuffisante par rapport à la réglementation.
 - Animation et fonctionnement des instances :
 - Le nombre de compte rendus CVS annuelle transmis est insuffisant.
- Fonctions support :
 - Gestion des ressources humaines :
 - Les effectifs du personnel soignant (IDE et AS/AES/AMP) employé en CDI ou CDD long sont insuffisants ;
 - L'absence de légende permettant une analyse des plannings ;
 - L'établissement affecte du personnel non diplômé dans l'accomplissement des missions réservés au personnel AS/AES/AMP [REDACTED]
 - Sécurité des personnes :
 - Aucun relevé du système d'appel-malade n'a été transmis à la mission.
- Prises en charge :
 - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :
 - La procédure d'admission et préadmission est incomplète (pas de mention du dossier unique d'admission CERFA et de via trajectoire ainsi que des critères et procédures de communication en cas de refus d'admission) ;
 - Aucun compte rendu de la commission de coordination gériatrique n'a été fourni à la mission d'inspection et l'absence de liste d'émargement de ses membres ne permettent pas de confirmer la tenue de la CCG ;
 - L'absence de contrat [REDACTED] intervenant au sein de l'EHPAD.

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

Lieusaint, le 8 novembre 2024



Glossaire

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
AES : Accompagnant éducatif et social
AUX : auxiliaire de vie
C : conforme
NC : non-conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
ERRD : Etat réalisé des recettes et des dépenses
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MÉDECIN COORDONNATEUR : 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 d'annonce des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Département de l'Autonomie

Responsable de l'Autonomie

Affaire suivie par [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Monsieur
Directeur général

Lieusaint, le 17 SEP. 2024

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), j'ai décidé de diligenter un contrôle sur pièces de votre EHPAD « Les Charmettes » situé au 4 avenue Jean Moulin à TORCY (N°FINESS ET 770814754).

Ce contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, 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.

Ce contrôle sur pièces portera prioritairement sur les axes suivants :

- Conformité aux conditions d'autorisation,
- Management et stratégie,
- Animation et fonctionnement des instances,
- Gestion des ressources humaines,
- Sécurité des résidents,
- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.

La mission est composée de :

[REDACTED]

Qui sera accompagnée de :

[REDACTED]

Dans le cadre du contrôle, il vous est demandé de transmettre l'ensemble des documents listé en annexe du présent courrier, **au plus tard le 24 septembre 2024** via l'outil de dépôt partagé : <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>

¹ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP)

Faute de transmission des documents dans ce délai, il pourra être prononcé l'astreinte mentionnée aux II et IV de l'article L. 313-14 du CASF.

Conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, les agents pourront recueillir tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle.

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

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

P/ le Directeur général
de l'Agence régionale de santé mentale
d'Île-de-France et par délégation,
[Signature]

Copie :
Madame [REDACTED]
Directrice
EHPAD « Les Charmettes »
5 avenue Jean Moulin
77200 TORCY

Annexe 2 : Liste des documents demandés



Annexe : liste des documents à fournir

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

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

| | | |
|----|---|--|
| 58 | Les contrats types/conventions signés par les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement (médecin(s) traitant(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), orthophoniste(s), pédicure-podologue(s)…) | |
| 59 | Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement | |
| 60 | Le livret d'accueil | |
| 61 | La photographie de l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie | |

Madame, Monsieur,

Votre EHPAD fait l'objet d'un contrôle sur pièces, des documents doivent nous être transmis.

Pour ce faire, vous devez envoyer les contenus de manière sécurisée via cette adresse au format dématérialisé en respectant la numérotation des pièces demandées :

<https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>

Ce lien vous permettra d'accéder à une page de dépôt sécurisée du service de l'ARS de Seine-et-Marne.