

Cabinet de la Directrice générale

Inspection régionale autonomie santé

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) Cognacq-Jay
FONDATION COGNACQ-JAY
16 Avenue de Versailles, 92508 Rueil-Malmaison
N° FINESS : 920803699**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00333
Contrôle sur pièces du 13 octobre 2023**

Mission conduite par

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

Accompagnée par

- [REDACTED], chargée de contrôle désignée personne qualifiée
conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
- Article L.1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques depositaires 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.....	10
Animation et fonctionnement des instances	12
Fonctions support.....	13
Gestion des ressources humaines	13
Prises en charge.....	18
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	18
Récapitulatif des écarts et des remarques	19
Conclusion	20
Glossaire.....	21
Annexes	22
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	22
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	25

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé par l'ARS en mode annoncé. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur des entretiens réalisés par visioconférence et conférence téléphonique.

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)

PRISE EN CHARGE

5. 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 Cognacq-Jay, situé 16 Avenue de Versailles, 92508 Rueil-Malmaison, (FINESS GEO 920803699), 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)

PRISE EN CHARGE

5. 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 13 octobre 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 18 août 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 25 août 2023, auquel étaient joints :

- La lettre de mission où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours).
- Les modalités opérationnelles :
 - de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://collecte-pro.gouv.fr/> qui a été utilisé pour la transmission des documents
 - et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants)

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

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

La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Situé 16 Avenue de Versailles, 92508 à Rueil-Malmaison, l'EHPAD Cognacq-Jay est géré par la fondation COGNACQ-JAY dont le siège social est situé Rue Notre Dame de Paris, 75006 Paris.

L'établissement dispose d'une capacité autorisée de 116 places en hébergement permanent et de 6 places en accueil temporaire.

Il est habilité à recevoir 30 bénéficiaires de l'aide sociale.

Lors de l'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS, les résidents accueillis étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2015					
IDF ² 2022	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Plus actuellement, à la date du contrôle, la distribution des unités est la suivante :

Etage ou unité	Nombre de chambres	Nombre de résidents	GMP	PMP [*]
RDC	5	5		
1 ^{er} étage	29	31		
2 ^{ème} étage	30	32		
3 ^{ème} étage	29	30		
4 ^{ème} étage	8	8		
UAS	16	16		
Total	117	122		

^{*}non déclaré

Selon l'ERRD 2022, les produits de la tarification réalisés se répartissent comme suit :

Hébergement	Dépendances	Soins

La décision tarifaire (modificative) de l'ARS IDF en date du 4 juillet 2023 fixe le forfait global soins pour le 1^{er} janvier 2024 à :

Une convention tripartite a été signée le 28 décembre 2015. Elle est échue depuis le 31 décembre 2021.

Un CPOM est prévu pour 2023/2024.

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 Médiane des GIR d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Cognacq-Jay	
Nom de l'organisme gestionnaire	FONDATION COGNACQ-JAY	
Numéro FINESS géographique	920803699	
Numéro FINESS juridique	750720468	
Statut juridique	Privé à but non lucratif	
Option tarifaire	GLOBAL	
Pharmacie à usage interne (PUI)	NON	
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée
	HP ³	116
	HT ⁴	6
	UVP ⁵	
	PASA ⁶	OUI
	UHR ⁷	
	UPHV ⁸	
	AJ ⁹	
	AN ¹⁰	
	PFR ¹¹	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	30	

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP																		
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ?	O / C				L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) 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 établissement 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)																		
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?			Non concerné		Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM-13/12/2016)																		
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?	O / C		Selon la coupe AGGIR/PATHOS du 30 avril 2015, la répartition des résidents est la suivante : <table><tr><th>Dépendance</th><th>GIR 1</th><th>GIR 2</th><th>GIR 3</th><th>GIR 4</th><th>GIR 5 et 6</th></tr><tr><td>EHPAD 2015</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>IDF12/2022</td><td>14,29 %</td><td>40,31 %</td><td>19,51 %</td><td>17,92 %</td><td>2,78 %</td></tr></table>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	EHPAD 2015						IDF12/2022	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %		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 MEDCO à l'admission), 4°(évaluation par le MEDCO de l'état de dépendance des résidents et
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6																				
EHPAD 2015																									
IDF12/2022	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %																				

12 Médiane des GIR d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
							de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique) 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.

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et Stratégie	Le règlement de fonctionnement	O / C				L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement	O / C		La mission constate que le projet d'établissement arrive à échéance le 31/12/2023.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?	O / C				L311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-t-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	O / C				L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.6	Management et Stratégie	Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	O / C				L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

10/26

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	O / C				D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (établissements publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?	O				
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ?	O / C				D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ?	O / C				RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, I'DEC 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 ?	O				
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un médecin coordonnateur (MEDCO) ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ?	N / NC		La mission constate qu'aucun document relatif au médecin coordonnateur n'a été transmis par l'établissement, malgré leur demande. La mission conduit, par conséquent, à l'inexistence d'un MEDCO dans la structure ; ce qui contrevient à l'article D. 312-156 du CASF.	E	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Qualification, diplôme, fiche de poste ou lettre de mission du MEDCO			<i>Cf supra</i>		D312-157 CASF (diplôme MEDCO) et D312-159-1 CASF (contrat du MEDCO) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MEDCO)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Conseil de la vie sociale		N / NC	La mission constate que la composition, le fonctionnement et les missions du CVS de l'EHPAD sont conformes à l'ancienne réglementation juridique ; ce qui contrevient aux dispositions allant de l'article D. 311-4 à l'article D. 311-20 du CASF.	E	D311-4 à D311-20 CASF
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informés des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?		N / NC	Au regard des 6 derniers comptes rendus du CVS (2021-2022 et 2023) transmis par l'établissement, la mission constate l'absence d'information aux membres du CVS des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 CASF	E	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Conformité de l'équipe pluridisciplinaire recensé par la réglementation		N / NC	<p>À la date du contrôle, la mission constate que l'établissement affecte, pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents, l'effectif permanent suivant en équivalents temps plein (ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none">- 15,8 ETP d'AS/ASG en CDI/CDD,- 9,8 ETP d'AES en CDI,- 6,8 IDE, dont IDEC (ou cadre de santé avec un diplôme d'IDE), en CDI <p>A noter, l'établissement affecte également 11 ETP d'ASH soins exerçant les fonctions d'AS en CDI 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. Il du CASF.</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> <div><p>Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)</p>$\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$<p>SI $R_{GMP} > 3200$ = nb ETP AS/AES est insuffisant</p>$\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$<p>SI $R_{PMP} > 4300$ = nb ETP IDE est insuffisant</p></div> <p>Par ailleurs, la mission considère que pour assurer la continuité des soins, et <i>a fortiori</i>, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable¹³, et repose notamment sur la présence d'agents en CDI majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.</p>	E	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

¹³ Haute Autorité de Santé. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					<p>Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 28 AS/AES et - 6 IDE. <p><u>S'agissant de l'effectif d'IDE</u> : l'établissement est conforme en termes de quantité et de qualification.</p> <p><u>S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP</u> : l'établissement est non-conforme en termes de quantité et de qualification.</p> <p>- [REDACTED]</p> <p>En qualification : l'établissement affecte 11 ETP d'ASH soins exerçant les fonctions d'AS pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents. Ces agents ne sont pas qualifiés, car ils ne détiennent pas les diplômes d'Etat requis par l'article D312-155-0, II du CASF. Ils ne peuvent donc pas participer aux soins des résidents, leur domaine de compétence étant exclusivement l'environnement du résident. Aussi, l'établissement enfreint cet article.</p> <p>De plus, en utilisant du personnel non-qualifié, il n'est pas en mesure de répondre à son obligation d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge conformément à l'article L311-3 1° et 3° du CASF.</p> <p>La mission informe l'établissement que la présence d'ASH dans les équipes soignantes peut être tolérée à condition qu'il s'assure du respect des conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les ASH doivent être en CDI ou CDD long • les ASH doivent être en cours de qualification d'AS/AES/AMP • ils doivent avoir un périmètre d'intervention défini et limité (fiche de poste, fiche de tâches) • les ASH doivent être en binôme dans l'exécution des tâches liées aux soins avec des personnels soignants qualifiés • les ASH doivent être affectés de manière exclusive aux tâches de soignants. <p>En conclusion : La mission constate un déficit de 2,4 ETP dans l'équipe des AS/AES. De plus, elle constate la présence de personnels non-qualifiés, avec 11 ETP d'ASH soins exerçant les fonctions d'AS au sein de l'équipe AS/AES. Par conséquent, en raison de l'insuffisance du nombre d'AS/AES/pour assurer une prise en charge de qualité, ainsi que de l'affectation de personnel non-qualifié à la prise en charge des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3, 1° et 3°, et D312-155-0, II du CASF.</p> <p>Le taux de rotation du personnel de 2021 que l'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2022 est de [REDACTED]. Ce taux est au-dessus de la médiane nationale (13,54 %), régionale (13,54 %) et de celle (13,72 %) de son département d'implantation (Hauts-de-Seine (92)). Aussi, de ces données, la mission constate que le taux de rotation du personnel de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique un « turn-over » élevé de son personnel en CDI.</p> <p>Le taux d'absentéisme du personnel de 2021 que l'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2022 est de [REDACTED]. Ce taux est en-dessous de la médiane nationale (11,94 %), régionale (12,21 %) et de celle (11,63 %) de son département d'implantation.</p> <p>Le nombre de CDD de remplacement en 2021 déclaré par l'établissement lors de la campagne ANAP de 2022 est de [REDACTED].</p> <p>D'après le RUP qui couvre les 6 derniers mois, l'établissement a eu recours, à la date du contrôle, à 96 CDD de remplacement de soignant (AS/AES/AMP/IDE). Aussi, ce même RUP indique que 80 % des remplacements ont été réalisés par 30 personnels vacataires, faisant partie de la liste des remplaçants à contacter en cas d'absence du personnel en CDI. Autrement-dit la grande majorité des remplacements ont été réalisés par les mêmes vacataires. Néanmoins, la mission constate que sur ces 30 personnels, 5 ASH soins remplacent régulièrement des AS en CDI en cas d'absence.</p>		
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?				E	<p>L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>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 %)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
					En conclusion : Avec un taux de rotation du personnel en CDI d'au moins 4 point au-dessus des médianes territoriales indiquant un fort <i>turn-over</i> de ses effectifs et en ayant recours à du personnel non qualifié pour remplacer des AS/AES en CDI, la mission considère que cette situation d'instabilité des effectifs constitue un risque pour la continuité de la prise en charge, et <i>a fortiori</i> la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins ; ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-3 1° CASF, L311-3 3° et D312-155-0, II du CASF.		
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 ?			Cf supra		
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation ?	O		La mission constate l'existence d'un plan de formation 2021, 2022 et 2023 Par ailleurs, l'établissement informe la mission que 2 agents de soins (ASH soins) en CDI sont en cours de formation qualifiante d'AS/ASG depuis le 1er septembre 2023.		HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?	O				HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine,			S'agissant des effectifs soignants de nuit : sur les plannings observés (juillet, août, septembre 2023), la mission constate une organisation qui repose sur 2 équipes en roulement composées de 3 AS/AES chacune. S'agissant de l'effectif soignant de jour : sur le planning observé du mois de septembre 2023 (juillet, août sont moins représentatifs compte tenu des congés), selon l'organisation de l'établissement, l'effectif attendu est de 9 AS/AES par jour/365 j		L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP																		
		- 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 ?			<p>La mission constate que l'effectif de personnels soignants diplômés (qualifiés pour la prise en charge en soin des résidents) n'est pas assuré quotidiennement.</p> <p>L'établissement atteint l'effectif cible de 9 soignants <i>a minima</i>, uniquement sur 11 jours dans le mois. Il y a donc 19 jours d'écarts à l'effectif cible selon la répartition suivante :</p> <table><tr><th>Nb Jours en écart</th><th>Effectif AS/AES (CDI/CDD)</th><th>Effectif ASH soins/nb d'AS/AES</th></tr><tr><td>2</td><td>5</td><td>6/5 9/5</td></tr><tr><td>5</td><td>6</td><td>8/6 7/6 (3) 4/6</td></tr><tr><td>6</td><td>7</td><td>6/7 (2) 7/7 8/7 (3)</td></tr><tr><td>6</td><td>8</td><td>5/8 (2) 6/8 (3) 7/8</td></tr><tr><td>19</td><td></td><td></td></tr></table> <p>La mission constate dans le planning des soignants la présence quotidienne de personnel non qualifié (ASH soins) pour la prise en charge en soins des résidents avec 9 jours dans le mois où il y a plus de personnel non diplômés que de personnels diplômés pour prendre en charge en soin les résidents.</p> <p>Ces personnels non qualifiés ne peuvent pas participer aux soins des résidents, leur domaine de compétence étant exclusivement l'environnement du résident. Aussi, l'établissement enfreint l'article D. 312-155-0, II du CASF (cf 2.1.1.1).</p> <p>De plus, en utilisant du personnel non-qualifié, il n'est pas en mesure de répondre à son obligation d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge conformément à l'article L311-3 1° et 3° du CASF.</p> <p>Pour conclure : la mission constate les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- Selon l'organisation mise en place par l'établissement avec l'effectif soignant en CDI/CDD, la mission constate 19 jours d'écarts à l'effectif cible sur le mois de septembre. Ce fonctionnement en mode dégradé constitue un risque pour la sécurité de la prise en charge en soin des résidents ; ce qui contrevient à l'article L. 311-3, 1° du CASF ;- La présence de personnel non qualifié dans les effectifs soignant dont 10 jours/mois septembre où il y a plus de personnel non qualifié que de personnel qualifié pour assurer les soins des résidents en toute sécurité ; la mission statue que l'établissement contrevient aux articles L. 311-3, 1° et L311-3 3° du CASF et au D. 312-155-0, II du CASF <p>La mission constate que les fiches de poste des ASH soins ne sont pas adaptées en cela qu'ils sont amenés à réaliser des actes sur les résidents alors qu'ils n'en ont pas la qualification.</p>	Nb Jours en écart	Effectif AS/AES (CDI/CDD)	Effectif ASH soins/nb d'AS/AES	2	5	6/5 9/5	5	6	8/6 7/6 (3) 4/6	6	7	6/7 (2) 7/7 8/7 (3)	6	8	5/8 (2) 6/8 (3) 7/8	19			E	
Nb Jours en écart	Effectif AS/AES (CDI/CDD)	Effectif ASH soins/nb d'AS/AES																							
2	5	6/5 9/5																							
5	6	8/6 7/6 (3) 4/6																							
6	7	6/7 (2) 7/7 8/7 (3)																							
6	8	5/8 (2) 6/8 (3) 7/8																							
19																									
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées ?		N																					
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Glissement de tâches		N / NC	La mission constate dans la fiche de poste de l'ASH soins un glissement de tâches formalisé. En effet, en plus des missions d'entretien des locaux, la fiche de poste fait état de tâches dont il n'a pas la qualification. A titre d'illustration, la fiche de tâche prévoit que l'ASH soins doit, entre autres :	E	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-																		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
					<p>[...] DEFINITION DE LA MISSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'agent de soins réalise les soins d'hygiène et de confort en relation avec l'ensemble des intervenants -L'agent de soins réalise les soins d'hygiène et de confort du fide-médico-psychologique, dont le rôle se situe à la frontière du médical et du social, soigne et prend soin des résidents plus ou moins dépendants dans le respect des valeurs et orientations de la Fondation Cognacq-Jay telles que définies dans le projet d'établissement <p>ACTIVITES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Il dispense des soins d'hygiène et de confort ainsi que des préventions (déshydratation, escarres, constipation... -Il prend les poids -Il informe le résident sur les soins dispensés -Il contribue à la mise à jour du dossier du résident par des transmissions ciblées dans le dossier de soins informatisé OSIRIS <p>[...]</p> <p>En faisant participer les ASH soins à la prise en charge par contact direct des résidents, la résidence n'est pas en mesure d'assurer aux résidents une sécurité de prise en charge ; ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF</p>		soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?			Cf 2.1.1.3		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont les qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou le week-end ?	O / C				D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Conformité réglementaire des demandes d'admission	O / C				(obligation certifié 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 D312-158, 3° (MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Commission de coordination gériatrique (CCG)		N / NC	Aucun compte rendu de la CCG n'a été transmis à la mission, malgré sa demande. De ce fait, la mission conclut à l'inexistence de la CCG ; ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et à l'Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.	E	Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ?		N / NC	La mission constate l'existence d'une liste nominative des médecins traitants par résidents. Toutefois, la mission n'est pas en capacité de statuer sur les modalités d'intervention des médecins traitants au sein de l'établissement, car aucun contrat n'a été transmis à la mission, malgré leur demande. De ce fait, la mission conclut à leur inexistence ; ce qui contrevient à l'article D. 313-30-1 du CASF.	E	R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Séjour, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil	O / C				L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	
E1	La mission constate qu'aucun document relatif au médecin coordonnateur n'a été transmis par l'établissement, malgré leur demande. La mission conclut, par conséquent, à l'inexistence d'un MEDCO dans la structure ; ce qui contrevient à l'article D. 312-156 du CASF.
E2	La mission constate que la composition, le fonctionnement et les missions du CVS de l'EHPAD sont conformes à l'ancienne réglementation juridique ; ce qui contrevient aux dispositions allant de l'article D. 311-4 à l'article D. 311-20 du CASF.
E3	Au regard des 6 derniers comptes rendus du CVS (2021-2022 et 2023) transmis par l'établissement, la mission constate l'absence d'information aux membres du CVS des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 CASF
E4	Aucun compte rendu de la CCG n'a été transmis à la mission, malgré sa demande. De ce fait, la mission conclut à l'inexistence de la CCG ; ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et à l'Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.
E5	La mission constate l'existence d'une liste nominative des médecins traitants par résidents. Toutefois, la mission n'est pas en capacité de statuer sur les modalités d'intervention des médecins traitant au sein de l'établissement, car aucun contrat n'a été transmis à la mission, malgré leur demande. De ce fait, la mission conclut à leur inexistence ; ce qui contrevient à l'article D. 313-30-1 du CASF.
E6	Avec un taux de rotation du personnel en CDI d'au moins 4 point au-dessus des médianes territoriales indiquant un fort turn-over de ses effectifs et en ayant recours à du personnel non qualifié pour remplacer des AS/AES en CDI, la mission considère que cette situation d'instabilité des effectifs constitue un risque pour la continuité de la prise en charge, et a fortiori la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins ; ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-3 1° CASF, L311-3 3° et D312-155-0, II du CASF.
E7	-Selon l'organisation mise en place par l'établissement avec l'effectif soignant en CDI/CDD, la mission constate 19 jours d'écarts à l'effectif cible sur le mois de septembre. Ce fonctionnement en mode dégradé constitue un risque pour la sécurité de la prise en charge en soin des résidents ; ce qui contrevient à l'article L. 311-3, 1° du CASF ; -La présence de personnel non qualifié dans les effectifs soignant dont 10 jours/mois septembre où il y a plus de personnel non qualifié que de personnel qualifié pour assurer les soins des résidents en toute sécurité ; la mission statue que l'établissement contrevient aux articles L. 311-3, 1° et L311-3 3° du CASF et au D. 312-155-0, II du CASF
E8	En faisant participer les ASH soins à la prise en charge par contact direct des résidents, la résidence n'est pas en mesure d'assurer aux résidents une sécurité de prise en charge ; ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD **Cognacq-Jay**, géré par **FONDATION COGNACQ-JAY** a été réalisé le 13 octobre 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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



- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions d'autorisation

Elle a cependant relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
- Fonctions support
 - o Gestion des ressources humaines (RH)
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

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

Saint Denis, le 13 octobre 2023


Inspectrice, ARS-IdF


Glossaire

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
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
MEDCO : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé



[REDACTED], inspectrice de
l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale
autonomie santé, ARS Ile-de-France

[REDACTED], inspectrice de
l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale
autonomie santé, ARS Ile-de-France

[REDACTED], personne
qualifiée chargée de contrôle désignée au titre
de l'article L.1421-1 du CSP, Inspection régionale
autonomie santé, ARS Ile-de-France.

[REDACTED], personne qualifiée
chargée de contrôle désignée au titre de l'article
L.1421-1 du CSP, Inspection régionale
autonomie santé, ARS Ile-de-France

[REDACTED],
médecin inspecteur de santé publique,
Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-
de-France

Saint-Denis, le 17 AVR. 2023

Mesdames, Messieurs,

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.

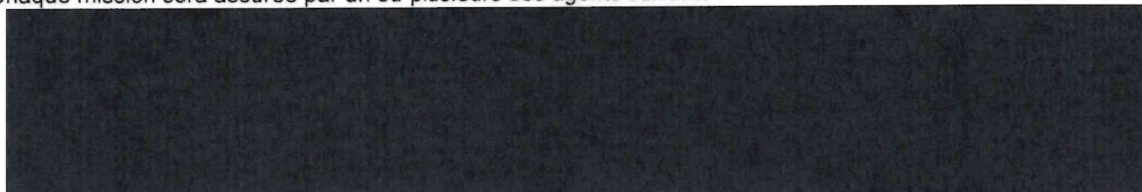
Les informations connues par l'ARS et la programmation des négociations de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des EHPAD franciliens ont conduit à l'inscription des établissements listés en **annexe 1** dans la programmation des contrôles à réaliser à ce titre par l'Inspection régionale autonomie/santé de l'ARS à partir du 15 mai 2023.

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

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

Les missions seront réalisées sur pièces (contrôles). Chaque contrôle pourra également prendre en compte de façon optionnelle, en fonction des informations ayant conduit au ciblage de l'EHPAD, une ou plusieurs des autres thématiques listées en **annexe 2**.

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



Ces agents seront accompagnés pour la réalisation des contrôles par Madame [redacted] et Monsieur [redacted], personnes qualifiées désignées au titre de l'article L.1421-1 du CSP, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France.

Les contrôles seront réalisés par l'ARS selon les modalités suivantes :

- Mode annoncé, avec information préalable de l'établissement par contact téléphonique doublé par un e-mail adressé au responsable de la structure.
- Les éléments à analyser permettant le contrôle seront à transmettre à l'ARS en format numérique par l'établissement via les outils <https://collecte-pro.gouv.fr/> et/ou <https://bluefiles.orange-business.com>.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à l'accomplissement des contrôles. En outre, des entretiens en audio ou visioconférence pourront être menés le cas échéant avec les personnes que les missions jugeront utiles d'interroger.

À l'issue de chaque mission, un rapport me sera remis dans un délai d'un mois à compter de la fin de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

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

Toutefois, si les constats faits paraissent pouvoir conduire 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.

Le Conseil départemental compétent sera informé et rendu destinataire des documents validés à chacune des étapes-clés du processus de contrôle (ciblage, rapport et courrier d'intention, courrier de décisions). Les documents transmis par l'inspecté dans le cadre du contrôle pourront également lui être transférés.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France

Agence Régionale de Santé Ile-de-France
La Directrice Générale Adjointe

Amélie VERDIER

Sophie MARTINON

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

Annexe 1 : Liste des EHPAD pour lesquels un contrôle sur pièces sera réalisé par l'inspection régionale autonomie santé de l'ARS Île-de-France dans le cadre du programme national EHPAD 2022-2024 à partir du 15 mai 2023.

N°	EHPAD	Groupe	N°FINESS GEO	N°SIICEA
26	Cognacq-Jay	FONDATION COGNACQ-JAY	920803699	2023_IDF_00333

Annexe 2 : Liste des thématiques optionnelles pouvant être prises en compte dans le cadre du contrôle sur pièces

GOUVERNANCE

1. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
2. Gestion de la qualité

FONCTIONS SUPPORT

3. Gestion budgétaire et financière
4. Gestion d'information

PRISE EN CHARGE

5. Respect des droits des personnes
6. Vie sociale et relationnelle
7. Vie quotidienne - Hébergement
8. Soins

Annexe 2 : Liste des documents demandés

GOUVERNANCE		
<i>Conformité aux conditions d'autorisation</i>		
1	Les arrêtés d'autorisation de chaque activité de l'établissement (hébergement permanent et, le cas échéant, accueil temporaire, PASA, UHR, UPHV)	X
2	Les derniers arrêtés de tarification du forfait global de soins, du forfait global dépendance et la dernière décision tarifaire	X
3	Le dernier procès-verbal validé de la coupe AGGIR-PATHOS	X
4	Le dernier CPOM ou convention tripartite en date	X
5	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)	X
6	Le cas échéant, le projet spécifique du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	
7	Le cas échéant, le dernier programme d'activités du PASA	
8	Le cas échéant, la convention de coopération du PASA	
9	Le cas échéant, le dernier programme d'activités de l'unité d'hébergement renforcée (UHR)	
10	Le cas échéant, le tableau du personnel des unités PASA et UHR (document à remplir par l'établissement)	
11	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neurodégénératives et assimilées du personnel	x
12	Le rapport annuel d'activité médicale N-1 (RAMA)	x
GOUVERNANCE		
<i>Management et stratégie</i>		
13	Le règlement de fonctionnement	X
14	Le projet d'établissement	X
15	Le plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	X
16	Le tableau des chambres par étage et leur GMP et PMP (document à remplir par l'établissement)	X
17	Le compte rendu du dernier CSE (ou CTE et CHSCT)	X
18	Le rapport d'activité annuel de l'EHPAD N-2 et N-1 et, le cas échéant, N	
19	L'organigramme et la photographie de son affichage au sein de l'établissement.	X
20	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du directeur de l'EHPAD	X
21	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) ou l'Arrêté de nomination du directeur de l'EHPAD	X
22	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD	X
23	Le document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	X
24	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD	X
25	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS	X
26	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS	X
27	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS	X
28	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS	X
29	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO	
30	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO	
31	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO	
32	La « fiche détaillées des données RPPS » du MEDCO	
33	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction du mois de juillet, août et septembre N-1 et, le cas échéant, N	X
34	La procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	X
GOUVERNANCE		
<i>Animation et fonctionnement des instances</i>		
35	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)	X
36	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [PRENOM-NOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)	X
37	Les comptes-rendus N-2, N-1 et, le cas échéant, N du CVS	X
38	Le cas échéant, le rapport d'activité annuel du CVS	
FONCTIONS SUPPORT		

Gestion des ressources humaines		
39	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	X
40	Le personnel médical, paramédical et soignant en CDI/Titulaire (document à remplir par l'établissement)	X
41	Le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois (au format tableur : EXCEL ou Libre office CALC)	X
42	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI/Titulaire (hors personnel cadre)	X
43	Tous les diplômes du personnel soignant de nuit en CDI/Titulaire (AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	X
44	Tous les diplômes des IDE en CDI/Titulaire (hors IDEC/CDS)	X
45	Le cas échéant, tous les diplômes du personnel paramédical en CDI/Titulaire (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...)	X
46	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical en CDI/Titulaire (médecin prescripteur, pharmacien...)	X
47	L'extrait du plan de formation N-2, N-1 et N	X
48	La liste des agents en cours de formation qualifiante ainsi que leur attestation d'inscription à la formation qualifiante	X
49	Le plan de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	X
50	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant	X
51	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS) + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés	X
52	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	X
53	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des ASH	X
54	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	X
55	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	X
PRISE EN CHARGE		
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		
56	La procédure complète d'admission des résidents (avant, pendant et après)	X
57	Le registre des résidents des 6 derniers mois	X
58	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement	X
59	Le livret d'accueil	X
60	La photographie de l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie	X
61	Le(s) compte(s) rendu(s) N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique	X
62	La/les feuille(s) d'émargement N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique	X
63	La liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux (document à remplir par l'établissement)	X
65	Les contrats types 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)...)	