

Agence Régionale de Santé d'Île-de-France
Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Conseil départemental des Hauts-de-Seine
Pôle Solidarité
Direction de l'Autonomie

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes - EHPAD Résidence ISIS
2 Allée des Haras, 92380 Garches
N° FINESS 920814621**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2024_IDF_00098
Contrôle sur site le 16/07/2024**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, coordinatrice de la mission, Délégation Départementale des Hauts-de-Seine ;

Accompagnée par :

- Monsieur [REDACTED], Personne qualifiée, Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;
- Madame [REDACTED], Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction du pilotage des établissements et Services – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine ;
- Madame [REDACTED], Chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, Conseil Départemental des Hauts-de-Seine.

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
- Article L.1435-7 du Code de la santé publique
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances.....	21
Gestion de la qualité	21
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.....	23
Fonctions support	25
Gestion des ressources humaines.....	25
Gestion d'information	31
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	32
Sécurités.....	38
Prises en charge.....	43
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	43
Respect des droits des personnes.....	44
Vie sociale et relationnelle.....	46
Vie quotidienne. Hébergement	47
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	49
Écarts.....	49
Remarques	50
Conclusion	53
Glossaire	54
Annexes	55
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	55
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.....	57

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

La présente inspection contrôle, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « Orientation Nationale d'Inspection - Contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles.

L'analyse a porté sur les constats faits sur site et sur pièces. A cet effet, il peut être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, et de mener des entretiens avec les personnes que la mission juge utile de rencontrer.

Le périmètre des investigations a porté essentiellement sur :

- La gestion des ressources humaines : la conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, la qualification professionnelle des soignants, leurs formations notamment en lien avec la bientraitance et la gestion des conflits, la gestion des dossiers du personnel, l'effectivité de l'entretien professionnel annuel.
- Le respect des droits des résidents : le nombre et profils des résidents, la gestion de leurs dossiers, les modalités d'accueil et d'accompagnement, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes, la communication avec les familles et le CVS, la gestion et le suivi des événements indésirables graves, la gestion des biens des résidents
- L'organisation et le fonctionnement de la prise en charge des résidents sur le volet administratif : sécurisation des dossiers médicaux et respect du secret professionnel, transmissions et réunions pluri professionnelles (RCP, réunions thématiques, analyse des pratiques professionnelles), identitovigilance des résidents notamment à destination des agents vacataires et/ou intérimaires, sécurisation des chariots, relevé des températures quotidiennes des réfrigérateurs.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Résidence ISIS », situé au 2 allée des Haras à Garches (92380) N°FINESS 920814621 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.

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection inopinée a été réalisée sur site le 16 juillet 2024, sans annonce préalable à l'établissement.

Elle a été réalisée conjointement par la Délégation Départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et le Conseil Départemental des Hauts-de-Seine.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISES EN CHARGE

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

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 figure en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé au 2 allée des Haras à Garches (92380), l'EHPAD « Résidence ISIS » est géré par le groupe DOMUSVI situé au 46-48 rue Carnot à Suresnes (92150).

Ouvert en 1992, l'EHPAD « Résidence ISIS » de Garches dispose de 52 places en hébergement permanent et n'a pas de place ni en hébergement temporaire ni en accueil de jour. L'EHPAD dispose de deux chambres doubles mais le jour de l'inspection, ces chambres n'étaient occupées que par un seul résident.

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

Il est composé de deux bâtiments distincts reliés par le sous-sol : 9 lits en chambres individuelles dans le bâtiment nommé « Villa » et 43 lits dans le bâtiment principal (39 chambres individuelles et 2 chambres doubles).

Au jour de l'inspection, le 16 juillet 2024, l'établissement héberge 50 personnes âgées, soit un taux d'occupation de 96,15 %. Trois résidents sont absents (hospitalisation, convenance personnelle). Un résident est hébergé en court séjour.

Les 50 résidents accueillis le jour de l'inspection étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	Non Giré
EHPAD, 2024					%	%
IDF ¹	18%	40%	18%	17%	7%	-

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante (le total ci-après s'établit à 50²) :

Bâtiment	Étage	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis
Bâtiment principal	RDC	HP	
	1 ^{er} étage	HP	
	2 ^{ème} étage	HP	
Villa	RDC	HP	
	1 ^{er} étage	HP	

Le résident accueilli en court séjour occupe une chambre au 2^{ème} étage du bâtiment principal.

Les 2 chambres doubles sont occupées chacune par une seule personne.

La dernière décision tarifaire de 2024 fixe le forfait global soins pour le 1^{er} janvier 2024 à € , et le forfait dépendance à €.

La dernière convention tripartite a été signée le 16 décembre 2011.

Un CPOM est en cours de négociation depuis 2019.

¹ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

² Ce chiffre s'appuie sur le nombre de résidents déclaré sur le document : « Liste sapeurs-pompiers des résidents au 15/07/2024 » transmis à la mission.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence ISIS		
Nom de l'organisme gestionnaire	DOMUSVI		
Numéro FINESS géographique	920814621		
Numéro FINESS juridique	750014839		
Statut juridique	Etablissement privé à but lucratif		
Option tarifaire			
PUI			
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	52	52
	HT	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Pas habilité au titre de l'aide sociale		

	Année 2019
PMP Validé	
GMP Validé	

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

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

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé,
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire.

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quel est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaires : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG)	L'établissement est un EHPAD privé à but lucratif. Il possède un arrêté d'autorisation de fonctionnement accordé à la « Résidence Isis » en date du 9 mai 1994. L'arrêté du 28 décembre 2007 a autorisé la transformation de la résidence en EHPAD, pour une capacité de 55 lits permanents répartis en 49 chambres individuelles et 6 lits en chambres doubles. L'arrêté du 30 novembre 2010 a diminué la capacité de la résidence de 55 à 52 lits. Par un arrêté du 25 mars 2014, l'autorisation de gestion de l'EHPAD « Résidence Isis » accordée à la société « GDP VENDOME » a été transférée à la société « SAS GROUPE HOTEL ASSISTANCE ». Ce transfert d'exploitation n'a entraîné aucune autre modification dans la gestion de l'établissement.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95% Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD supérieur à 70% Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'accueil de jour en EHPAD supérieur à 70% Maintenir/atteindre un taux d'occupation de l'accueil de jour autonome à 70%	L'établissement dispose d'une autorisation du 25 mars 2014 de 52 places d'hébergement permanent. Il n'y a pas de place d'accueil de jour. Il y a 48 chambres simples et 2 chambres doubles. Au jour de l'inspection, la directrice indique aux membres de la mission la présence de 50 résidents dont 3 absents (2 hospitalisés et 1 en sortie pour convenance personnelle), soit 2 places disponibles avec un taux de présence de 90 %. Le taux d'occupation pour l'année 2024 est de 93 %.	Ecart N°1 : L'établissement dispose d'une autorisation uniquement pour 52 chambres simples. Il a été indiqué à la mission l'existence de 2 chambres doubles.	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, obligations de reporting aux autorités de tous changements) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-1 et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?	La dernière convention tripartite a été signée le 16 décembre 2011. Le CPOM est en négociation depuis 2019.		L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles,	L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale.	Remarque n°1 : La liste des résidents remise le jour de l'inspection contrôle ne précise pas la nature de	D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		- état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? - Quel est le nombre de personnes relevant d'un régime de protection juridique ?	[REDACTED] La moyenne d'âge des résidents est de 90,5 ans. La tranche d'âge des résidents s'étale de 80 à 102 ans. ● % des résidents sont classés dans les GIR 1 à 3 et ● % dans les GIR 1 à 2.	l'ensemble des mesures de protection juridique.	les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie				
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ? Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation	Il existe un règlement de fonctionnement pour l'EHPAD Isis, disponible à l'accueil. La directrice déclare remettre le règlement après signature à chaque nouveau résident. Il a été remis à la mission un document dénommé « règlement de fonctionnement HP personnalisable » mis à jour en août 2023. Le document comporte 2 annexes : « Pour des relations harmonieuses » et « Fiche sécurité de l'établissement » Le règlement de fonctionnement transmis n'a pas été adapté aux spécificités de l'EHPAD Isis (mention d'une		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie			Ecart N°2 : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas conforme. Il s'agit d'un document générique du groupe DomusVi qui de plus ne comporte pas certaines	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

11/59

N°/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Unité de Vie Alzheimer (UVA), d'un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)). Des sujets ne sont pas évoqués dans le règlement de fonctionnement à savoir : - les affections, la dépendance, - les transferts et déplacements, - les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	rubriques réglementairement obligatoires.	
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement transmis dans le cadre de la mission couvre la période 2019-2024, mis à jour en 2022. Le document transmis n'est pas signé par le gestionnaire. La directrice déclare que le prochain projet d'établissement est en cours d'élaboration et qu'il sera présenté en septembre 2024.	Ecart n°3 : Le projet d'établissement n'a été transmis ni à l'ARS ni au Conseil départemental après validation par le CVS.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicale élaborée par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance	Le projet d'établissement de l'EHPAD isis est conforme à la réglementation et comporte l'ensemble des rubriques attendues.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), 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, 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)	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		* Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs			RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	L'établissement a remis à la mission d'inspection un document intitulé « plan bleu » 2024. Seules les modalités de la reprise d'activité suite à un risque ne sont pas énoncées dans le « plan bleu ». La directrice entendue par les membres de la mission a donné l'information que le « plan bleu » est en cours de révision par l'IDEC.	Remarque N°2 : Les modalités de la reprise d'activité suite à un risque ne sont pas énoncées dans le « plan bleu ».	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne,...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social	Le trinôme de direction de l'EHPAD Isis est bien constitué : Directrice, MedCo et IDEC.		
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	Une directrice est en poste dans l'EHPAD Isis. L'établissement a remis un « organigramme hiérarchique et fonctionnel » de juillet 2024 aux membres de la mission. Les noms et ETP des membres du personnel sont indiqués. Seuls les prénoms des IDE sont indiqués. L'organigramme ne permet pas de repérer les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les agents, à l'exception de celui de la directrice sur l'équipe « Projet de soins » et sur l'équipe « Projet de vie ».	Remarque N°3 : La mission constate que l'organigramme actuel ne fait pas apparaître distinctement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents salariés de l'EHPAD.	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			A la lecture de l'organigramme remis, l'équipe d'administration et le personnel d'entretien ne sont pas reliés hiérarchiquement à la directrice. En outre, aucun autre lien hiérarchique ou fonctionnel n'est indiqué. De plus, la directrice entendue par la mission a indiqué que dans l'organigramme ne figure pas la contre équipe du chef cuisinier. L'établissement a remis un « planning nominatif des salariés présents » le jour de l'inspection contrôle. Sur ce dernier figurent deux noms d'AS et un nom d'ASH qui ne sont pas répertoriés dans l'organigramme. De plus, un personnel qui y figure est répertorié en tant qu'AS alors qu'il dispose d'un contrat de travail en tant qu'ASH-FF, ce qui a été confirmé lors de l'étude de son dossier RH effectué le jour du contrôle. Le planning transmis recense également le personnel affecté aux étages 5 et 6 ce qui ne correspond pas à la configuration de l'établissement, l'EHPAD ne comportant que 2 étages par bâtiment.	La contre équipe du chef cuisinier ne figure pas dans l'organigramme. De plus, l'organigramme et le « planning nominatif des salariés présents » ne sont pas en concordance. Ecart N°4 : L'affectation de personnel non-qualifié à la prise en charge des résidents par l'établissement (ASH-FF) compromet la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	A quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	La directrice entendue par la mission déclare réunir un CODIR une fois par quinzaine avec la participation de l'IDEC, du MedCo, de la psychologue et de la responsable hôtelière, et qu'à la suite de ces derniers des comptes rendus sont rédigés. La directrice rédige les comptes rendus et les dépose sur une plateforme interne accessible au personnel absent. Cependant, la mission n'a été destinataire que de deux comptes rendus de réunion de CODIR en date du 31 octobre 2023 et du 10 avril 2024.	Remarque N°4 : Les réunions de CODIR ne sont pas systématiquement tenues, et leurs comptes rendus ne sont pas formalisés, ne permettant pas la traçabilité et la communication des décisions prises.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			La directrice indique également assister à des COPIL du groupe ainsi qu'à des réunions de directeurs d'EHPAD du groupe DomusVi. La directrice précise à la mission : • tenir des réunions avec l'équipe de nuit organisées entre 18h et 18h30 (IDEC et directrice) sans en préciser la fréquence, • organiser une réunion avec l'ensemble du personnel une à deux fois par an dans le cadre d'organisation d'événements festifs, • tenir des réunions de transmissions quotidiennes à l'équipe soignante de 11h30 à 12h menées par l'IDEC et/ou l'IDE et/ou la directrice.		
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats... Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Il n'a pas été relevés de signes de conflit au sein de l'établissement entre la direction et les personnels. Toutefois, le personnel entendu indique ne pas se sentir toujours épaulé dans certaines situations conflictuelles avec les résidents et les familles.		L311-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et Stratégie		La directrice entendue par la mission déclare pouvoir bénéficier du soutien du personnel du groupe DomusVi. En effet, la mission a constaté qu'une directrice adjointe territoriale en charge du 75 et 92 s'est déplacée en renfort le jour de l'inspection.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	La directrice a pris ses fonctions [REDACTED] Elle exerce [REDACTED] au sein de l'établissement. Une fiche de poste générique du groupe DomusVi intitulée « Fiche de fonction : Directeur d'établissement » non datée ni signée a été remise à la mission.	Remarque N°5 : La fiche de poste de la directrice est une fiche de poste générique du groupe DomusVi et n'est pas personnalisée. Le document n'est ni daté ni signé par l'intéressée.	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice de l'établissement possède le diplôme réglementaire : [REDACTED]		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	La mission a été destinataire d'un document Excel « Planning des astreintes » du groupe DomusVi concernant l'ensemble des EHPAD du groupe. Il existe un onglet spécifique pour l'EHPAD Isis sur la période de janvier à juillet 2024. Les astreintes physiques sont assurées par : • la directrice, • l'IDEC, • la responsable hôtelière.	Remarque N°6 : Les modalités prévues pour assurer la permanence de direction et les astreintes ne font pas l'objet d'une procédure formalisée et portée à la connaissance du personnel de l'établissement.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			Ce même onglet désigne pour l'EHPAD Isis d'autres professionnels qui ne font pas partie de l'effectif de l'établissement, en qualité de « DR-GARDE » et « DRE ». Ces personnes sont apparemment joignables également en cas de besoin. Aucune astreinte technique n'est assurée les week-ends. Aucune procédure pour l'organisation des astreintes n'a été transmise. Aucune procédure de validation n'a été transmise en cas de décision particulière devant être prise la nuit en urgence. Le jour de l'inspection contrôle, la directrice de l'EHPAD est présente dans l'établissement. L'équipe d'inspection a été destinataire d'une note formalisée à l'intention des personnels et des familles, concernant l'absence de la directrice pour ses congés d'été 2023. Cette note précise les personnes (contacts téléphoniques et courriels) joignables au sein de l'EHPAD et à la permanence régionale du groupe DomusVi. Cependant, la directrice entendue par la mission a précisé qu'en cas d'absence inopinée, aucune information de son remplacement n'est formalisée ni connue des équipes.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour de l'inspection contrôle, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?		Remarque N°7 : En cas d'absence inopinée de la directrice, aucune information de son remplacement n'est formalisée ni connue des équipes.	
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	Un Document Unique de Délégation (DUD) de pouvoirs et de responsabilités a été signé et paraphé le 2 novembre 2020 en deux exemplaires originaux entre le directeur du GROUPE HOTEL ASSISTANCE et la directrice de l'EHPAD Isis.	Ecart N°5 : Aucune information ni justificatif n'a été remis à la mission d'inspection concernant la diffusion du Document Unique de Délégation (DUD) de pouvoirs.	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,

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Ce document confère à la directrice les missions de gestion de l'ensemble des services de la résidence et la veille de leur bon fonctionnement. Il lui délègue également les pouvoirs de contrôle, de direction, de discipline, de gestion et de formation du personnel affecté à l'exploitation de la résidence Isis. Il lui confère également la définition de la mise en œuvre du projet d'établissement, la gestion budgétaire, financière et comptable et la coordination avec les autorités administratives et intervenants extérieurs.	et de responsabilités ni aux membres du conseil d'administration, ni au CVS (conformément aux dispositions du D312-176-5 CASF), ni publié au sein de l'établissement.	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 ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'établissement dispose d'une IDEC à [REDACTED] ETP. Cette dernière est en possession d'un diplôme d'état d'infirmière en date [REDACTED] Un contrat de travail a été signé entre l'IDEC et la directrice de l'EHPAD [REDACTED] L'IDEC entendue par la mission déclare exercer [REDACTED] et assurer des astreintes les week-ends avec une possibilité de récupération de 2 jours la semaine qui suit l'astreinte.		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La fiche de poste de l'IDEC n'a pas été remise à la mission d'inspection.	Remarque N°8 : Absence de fiche de poste de l'IDEC.	
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	L'EHPAD a un MedCo [REDACTED] ce qui correspond à 0,2 ETP. Ces informations figurent dans l'annexe du contrat de travail du MedCo. Le nombre d'ETP du MedCo est donc non conforme à la réglementation compte tenu de la capacité autorisée de l'EHPAD de 52 résidents. La déclaration de la directrice sur le temps de travail du MedCo est de 0,3 ETP, comme indiqué dans l'organigramme transmis. Dans le tableau « ETP pourvus	Ecart N°6 : Le temps de présence du MedCo est inférieur au temps de présence réglementaire ce qui compromet la santé, la sécurité et la prise en charge des résidents et contrevient à l'article D312-156 CASF.	D312-156 du CASF (ETP MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			non pourvus mois en cours » transmis à la mission, le MedCo est indiqué à 0,4 ETP.		
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Il n'a pas été remis à la mission d'éléments relatifs aux diplômes et aux formations complémentaires du MedCo.	Ecart N°7 : Absence de transmission du diplôme du MedCo et de ses formations complémentaires le cas échéant.	D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
1.2.2.17	Management et Stratégie	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Un contrat de travail entre la directrice de l'EHPAD et le MedCo a été signé [REDACTED] faisant état de leurs modalités d'exercice, de leurs temps de travail et de leurs missions.		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Les affichages suivants sont manquants : ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ tarifs et horaires des diverses prestations : seuls les tarifs des prestations coiffure et pédicure figurent dans le portfolio à l'accueil. Les tarifs du blanchissage et marquage du linge des résidents entrés avant le 1^{er} janvier 2023, ainsi ceux des produits proposés à la vente ne sont pas affichés. Les horaires du pédicure et du coiffeur ne sont pas affichés. Le portfolio est déposé sur le bureau de l'accueil et son accessibilité par le public est restreinte.	Remarque n°9 : Les affichages qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets et peu accessibles aux résidents, à leurs familles et à l'ensemble des salariés.	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement) Art. D 311-15 CASF

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui établit les ordres du jour ? et modalités de communication ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Un CVS est en place et ses dernières élections datent du 15 décembre 2022. Il est conforme à la réglementation, puisqu'il prend en compte les évolutions apportées par le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 applicable au 1^{er} janvier 2023 (composition, règlement intérieur, fonctionnement). Le règlement de fonctionnement d'août 2023 ne figure pas à l'ordre du jour des CVS du 8 novembre 2023 et du 19 juin 2024. Les ordres du jour sont établis par la directrice et proposés au Président. La directrice indique que le CVS se réunit 3 fois dans l'année dans la mesure du possible. Le CVS s'est réuni 4 fois en 2022, 2 fois en 2023 et 1 fois en juin 2024. Les comptes rendus sont rédigés par la directrice et la responsable hébergement et vie sociale. Ils sont soumis à la relecture du Président du CVS et sont approuvés en début de chaque réunion.	D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)	
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EH PAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	La directrice indique à la mission que le bilan des EI et dysfonctionnements est réalisé en interne mais n'est pas présenté lors des réunions de CVS.	Ecart n°8 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été approuvé par le CVS. Ecart n°9 : Le nombre réglementaire de réunions du CVS (3 CVS au minimum par an) n'est pas respecté. Ecart n°10 : Absence d'information du CVS des EI et dysfonctionnements.	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

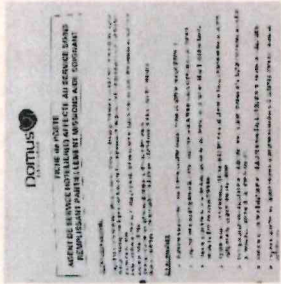
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est uniquement mentionnée dans le livret d'accueil du vacataire. Dans le règlement de fonctionnement, la prévention des situations de maltraitance est abordée (paragraphe 3.5.2). L'établissement dispose de : - Une charte d'incitation au signalement des événements indésirables, - Une fiche « Je signale », - Une procédure des EI à déclarer aux autorités. Les formations sur la bientraitance/maltraitance ne sont pas clairement identifiées dans les plans de formation. En 2022, 11 personnels ont été formés sur la bientraitance, 2 en 2023 sur la fonction de référent bientraitance, et en 2023, 1 personnel sur la fonction de référent et 1 sur la bientraitance. La mission n'a pas identifié de plan de soutien des personnels. La mission a constaté l'affichage du numéro d'appel pour les personnes vulnérables 3977 dans l'ascenseur du bâtiment principal. L'IDEC et le MedCo, en l'absence de la psychologue [REDACTED], font des rappels sur les bonnes pratiques professionnelles.	Ecart n°11 : Absence de mention de la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le livret d'accueil de l'ensemble du personnel. Ecart n°12 : Aucun personnel interne à l'EHPAD n'est identifié comme référent « promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance ». Seules 2 personnes en 2023 ont été formées à cette thématique.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008

			La mission n'a pas identifié la participation effective du MedCo dans la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Sa fiche de poste n'en fait pas état.	Ecart n°13 : La fiche de poste du MedCo ne fait pas état de sa participation dans la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	
--	--	--	---	---	--

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	References juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	La mission a été destinataire de 2 documents relatifs aux plaintes et réclamations : - une fiche interne « Je signale » à destination des familles, proches, intervenants, personnes accompagnées et salariées ; - une procédure générique DomusVi intitulée « Je signale un EI en interne ». La date de création de ce document est de juin 2023 (version 2 révisée le 11 juillet 2023). La procédure prévoit le traitement des signalements en trois étapes : « au fil de l'eau », trimestriellement et annuellement. La directrice entendue par les membres de la mission déclare qu'une enquête de satisfaction, réalisée par un prestataire externe, à destination des familles et des résidents a lieu deux fois par an, et que les résultats des enquêtes de satisfaction sont présentés en CVS.	Remarque N°10 : Dans la procédure générique DomusVi intitulée « Je signale un EI en interne », les adresses mail des autorités de tutelle sont erronées.	Art. D 311-15 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Lors de l'entretien avec les membres de la mission, la directrice a indiqué que les personnels n'étaient formés ni à la classification ni à l'identification des différents EI, ce qui ne leur permet pas de les déclarer.	Ecart N°14 : Alors que l'établissement dispose d'une procédure de déclaration de signalement des EI/EIG ainsi qu'une fiche interne de signalement, il est en sous-déclaration des EI aux deux autorités de tutelle. De plus, la direction n'assure pas dans son plan de formation ni la sensibilisation ni la formation de ses salariés concernant la possibilité voire l'obligation de déclarer un EI/EIG. Elle n'informe pas non plus le personnel de la protection à laquelle il peut bénéficier en cas de déclaration d'EI.	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RelEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Dans le document Excel « Suivi des événements indésirables et réclamations » remis par l'établissement, sont indiquées les actions préventives et correctrices mises en place et les réponses apportées au déclarant.	Ecart N°15 : Dans aucun des comptes rendus de CVS remis à la mission pour les années 2022 à 2024, il n'est fait référence aux dysfonctionnements et EI survenus au sein de l'établissement ni aux mesures préventives ou correctrices apportées. Aucun bilan des EI n'est présenté au dernier CVS annuel.	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP R 1413-79 CSP HAS, "Mission du resp d'établissement et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Les tableaux Excel « Suivi des événements indésirables et réclamations » pour les années 2022, 2023 et 2024 ont été remis à la mission d'inspection contrôle. Ils comportent 9 EI pour ces 3 années, dont seulement 7 ont été transmis aux deux autorités de tutelle. De 2021 à 2024, seuls 4 EI et 1 réclamation sont parvenus à l'ARS.	Ecart N°16 : Les signalements des EI et des EIG ne sont pas systématiquement transmis aux deux autorités de tutelle, conformément aux L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF.	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EI/GS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] A noter : [REDACTED] ASH affectés sur des missions de soignants ne peuvent être considérés 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 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.   Le personnel soignant affecté de nuit dans l'établissement n'est identifié que sur les plannings des soignants. 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.	Ecart N°17 : L'affectation de personnel non-qualifié aux soins pour la prise en charge des résidents, constitue un risque dans la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents la nuit ; ce qui contrevient aux articles D. 312-155-0, Il du CASF, L.311-3 1° et 3° du CASF et D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP. Remarque N°11 : Le personnel affecté aux soins de nuit dans l'établissement n'est recensé ni sur l'organigramme, ni sur la liste « salariés CDI CDD », ni sur le tableau des ETP.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	References juridiques et RBPP
			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) $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ SI $R_{GMP} > 3200$ = nb ETP AS/AES est insuffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$ SI $R_{PMP} > 4300$ = nb ETP IDE est insuffisant [REDACTED] La mission considère que pour assurer la continuité des soins, et a fortiori, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable et repose notamment sur la présence d'agents en contrat pérenne (CDI/titulaire et CDD long) majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.	Remarque N°12 : Selon les critères de contractualisation CPOM de l'ARS IDF permettant de calculer l'effectif minimal de soignants requis pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, l'établissement est en déficit de 2.32 ETP dans l'équipe des AS/AES/AMP.	
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 ?	Les différents types de contrats de travail de l'établissement sont : [REDACTED] L'EHPAD a recours aux intérim et CDD courts, en proportion importante. L'IDEC entendue par la mission déclare faire appel à un pool d'IDE vacataires en cas de besoin.		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 I11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	La directrice indique que l'établissement bénéficie d'un personnel stable et de vacataires fidèles. La mission constate la présence d'un IDE vacataire et d'un poste de second de cuisine est également non pourvu.		L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/ feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation, - médecine du travail	Sur les 6 dossiers des personnels étudiés par la mission d'inspection, 4 d'entre eux comportent un contrat de travail daté et signé. Deux dossiers fournis se composent de feuilles volantes parmi lesquelles ne figure pas le contrat de travail du salarié concerné. De plus, les dossiers fournis ne comportent pas : - de fiche de poste, (sauf 1 dossier), - d'attestation de formation, (sauf 1 dossier), - d'évaluation professionnelle annuelle récente. Aucune procédure n'a été présentée à la mission d'inspection concernant la vérification du casier judiciaire des employés de l'EHPAD. Toutefois, parmi les 5 dossiers étudiés, il a été retrouvé 2 extraits de casier judiciaire. Or, l'employeur ne peut pas en conserver une copie ni permettre que ces données fassent l'objet d'un traitement spécifique. La mention des vérifications des casiers effectuées dans le fichier de gestion du personnel sous la forme "oui/non" est suffisante.	Remarque N°13 : Les dossiers des personnels ne contiennent pas systématiquement ni les fiches de poste signées, ni les attestations de formation, ni les évaluations annuelles des professionnels. Ecart n°18 : Le bulletin n°3 du casier judiciaire des futurs salariés n'est pas systématiquement vérifié avant l'embauche comme l'impose l'article L. 133-6 du CASF. La traçabilité de cette vérification doit être intégrée dans le dossier administratif de l'agent.	L.133-6 CASF (casier judiciaire) CNIL – Recommandation de non conservation ni traitement spécifique des bulletins de casiers judiciaires par l'employeur Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L.451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations	Il a été fourni à la mission les plans de formation pour les années 2022 à 2024. La mission n'a pas connaissance de la contribution du médecin coordonnateur à l'élaboration du plan de formation.	Ecart N°19 : L'établissement n'a pas dispensé aux agents la formation obligatoire sur la sécurité incendie, ce qui	L.313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bien-être, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	Diverses thématiques sont proposées dans le plan de formation : - Prévention dénutrition déshydratation - Promotion bien-être / prévention maltraitance - Goût et saveurs des plats - Attestation de Formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) Niveau 1 et Niveau 2 - Hygiène sécurité alimentaire HACCP - Accompagnement à la démarche palliative - Circuit du linge - Prévention des risques liés à l'activité physique - Hôtellerie service en salle - Plafonds et cicatrises EHPAD - Recyclage habilitation électrique - Techniques de cuisines textures modifiées - Sexualité personnes âgées. Les personnels ont fait remonter aux membres de la mission que certaines thématiques demandées dans le cadre de formations n'étaient pas retenues et mises en place par la direction.	contrevient à l'arrêté du 25 juin 1980.	populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASP (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008 Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (article 1 pour GSU niv 1) Article J1 et J3 de l'Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	L'établissement dispose d'un livret d'accueil pour les nouveaux salariés ainsi que d'un livret spécifique pour les nouveaux vacataires. La directrice entendue par les membres de la mission indique que les vacataires sont accompagnés d'un titulaire sur une journée avant leur prise de poste. Aucune information ni aucun document n'ont été transmis à la mission concernant la tenue d'analyse des pratiques, de tutorat ou de groupes de parole pour les personnels.		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties ou sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	La directrice indique à la mission que le registre des entrées et des sorties des personnes accueillies existe. Celui-ci n'est pas paraphé par le Maire.	Ecart n°21 : Le registre des entrées et des sorties d'hébergement des résidents n'est pas paraphé par le maire de la commune ce qui contrevient à l'article R331-5 CASF.	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	La mission a consulté 4 dossiers administratifs de résidents sur 5 demandés (celui d'un résident décédé en 2024 n'a pas été remis). De manière générale, la tenue des dossiers n'est pas uniforme. Les annexes au contrat de séjour (liberté d'aller et venir, consentement, personnes de confiance, directives anticipées, droit à l'image, CNIL) ne figurent pas toutes dans les dossiers. La mission n'a pas trouvé les PAI dans les dossiers.	Ecart n°22 : Les dossiers des résidents doivent être tenus de manière uniforme et doivent contenir les annexes obligatoires du contrat de séjour : - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - comptes rendu des réunions de synthèse, - Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL.	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.

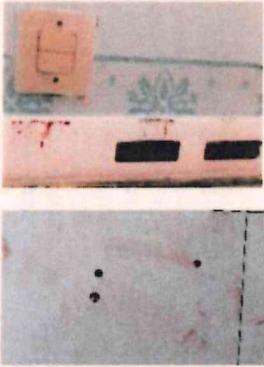
Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Les deux bâtiments de l'établissement sont globalement bien tenus. Un point sur les travaux est fait régulièrement en CVS (renovation par phases des salles de		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			bain, travaux SSI en 2024, problème des ascenseurs...) Un projet de reconstruction globale de la Résidence était à l'étude en 2023 pour 2025 puis reporté à 2026. La direction n'a pas donné plus de précisions à la mission. L'ascenseur, dans chacun des bâtiments est vétuste. Celui du bâtiment principal, régulièrement en panne, doit être remplacé. La direction a transmis à la mission tous les échanges avec la société de maintenance et ses dates d'interventions depuis 2022. Le rétro planning a été transmis à la mission. La levée des réserves et sa mise en service sont prévues le 1er janvier 2025. Une laverie est située au sous-sol du bâtiment principal. La mission note l'état de vétusté de la dalle supportant les machines à laver.		



N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBpp
			Taux de vétusté des équipements : 73,44 % (Données ANAP). L'EH PAD est composé de deux bâtiments : le bâtiment principal, construit en 1967, et la Villa construite en 1990. L'état général des bâtiments est correct mais l'équipe d'inspection a constaté des éléments de vétusté tels que l'état des offices du personnel, la présence de câblages non placés dans des goulottes, ou encore des prises électriques endommagées.  La vitre de la porte du salon du 2e étage du bâtiment principal est fêlée et présente donc aussi un risque pour la sécurité des résidents en cas de bris.  Ecart N°23 : La vitre fêlée de la porte du salon du 2e étage du bâtiment principal présente un risque pour la sécurité des résidents en cas de bris.		

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			Des taches d'humidité sont visibles sur certains faux plafonds et la propreté des couloirs et des espaces communs (toilettes proches de l'ascenseur) n'est pas satisfaisante. Il a été constaté dans la chambre d'un résident amené à chuter régulièrement des traces de sang non nettoyées sur la porte et sur le sol de sa chambre.  Du fait d'un manque de surfaces des locaux, certains espaces remplissent plusieurs fonctions (exemple : le réfectoire est utilisé pour les animations, le salon du premier étage sert d'espace de réunion pour le personnel et d'espace de restauration le midi pour les résidents). Toutefois, les chambres sont spacieuses et lumineuses.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	La mission n'a pas identifié de système fixe de rafraîchissement de l'air dans les chambres. La climatisation est installée dans les parties communes (salon du 1 ^{er} et 2 ^{ème} étage, salle de restauration et salon d'accueil). Des climatiseurs portables sont disponibles à la demande.		D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	Les couloirs sont suffisamment dimensionnés et adaptés pour la circulation des résidents en fauteuils et le déplacement des chariots de soins. Chacun des bâtiments est équipé d'un ascenseur.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	La mission n'a pas identifié d'organisation formalisée permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens. Cependant la direction a transmis le registre de demandes de réparation de la période du 9 juin 2024 au 19 juillet 2024. Une colonne de réalisation des petits travaux est intégrée mais la date n'est pas précisée systématiquement.	Remarque N°17 : Aucun registre dûment complété permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens n'est mis en place.	
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	L'EHPAD est équipé de barres d'appui, de lève-personnes mobiles. Cependant la mission a constaté que certaines barres d'appui doivent être refixées. 	Remarque N°18 : Les barres d'appuis sont à refixer.	Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			L'établissement ne dispose pas de rails dans les chambres et a déposé une demande de CNR auprès de l'ARS pour équiper 30% de ces dernières.		
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	D'après le RAMA transmis à la mission, l'établissement dispose de 10 lits équipés de rails. La directrice entendue par la mission signale également la présence d'un lève-malade et un verticalisateur pour l'ensemble de l'établissement, ainsi que 2 pèse-personnes dont un spécialisé PMR.		L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	La directrice précise à la mission que le linge des résidents et le marquage sont assurés par un prestataire externe et qu'il fait partie du socle de prestations minimales délivrées par l'EHPAD pour les résidents entrés à partir du 1 ^{er} janvier 2023 comme le stipule le contrat de séjour. Le linge plat et les tenues des professionnels sont également gérés par un prestataire externe deux fois par semaine. La direction a transmis à la mission une note interne du 3 mai 2020 concernant la procédure du circuit du linge, qui intègre la procédure du nettoyage des ascenseurs. Dans la fiche de poste de la responsable d'hébergement et vie sociale il est indiqué qu'elle garantit la bonne gestion et le suivi de la blanchisserie.	<u>Remarque N°19</u> : Un professionnel n'est pas identifiable par sa tenue par les résidents et familles, ce qui ne permet pas à ces derniers de déterminer sa qualification.	Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPADs, prestation de blanchissage)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et REPP
			La mission a constaté sur place qu'un membre du personnel était revêtu d'une tenue personnelle rose qui ne correspond pas au code couleur en vigueur dans l'établissement. La direction n'a pas transmis les documents demandés concernant la mission concernant la traçabilité des réclamations, doléances des résidents et des familles ainsi que la dernière enquête de satisfaction.	Remarque N°20 : La direction n'a pas transmis les documents demandés concernant la traçabilité des réclamations et doléances ainsi que la dernière enquête de satisfaction.	

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.3.3	Sécurité	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Il existe des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation. Il existe des barres d'appui à certains emplacements (sanitaires privés et collectifs) ainsi que dans les étages (couloirs). Le bâtiment principal est équipé d'un digicode pour sortir. La mission n'a pas constaté de sécurisation de l'entrée de la Villa.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurité	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	Le dispositif portatif (bracelet ou pendentif) d'appel malade assure également la prévention des fugues. Lorsqu'un résident franchit le portail d'enceinte de l'établissement, un signal est envoyé sur les téléphones de l'équipe soignante. Toutefois, le fait que tous les résidents ne portent pas en permanence leur dispositif portatif diminue l'efficacité de cette mesure. De plus, il est possible pour un résident de quitter l'enceinte de l'établissement lors de l'ouverture du portail quand une famille ou un employé quitte l'EHPAD. Selon les déclarations des employés, cette situation s'est déjà produite à plusieurs reprises, sans toutefois aboutir à une situation de fugue du résident. Mais la sécurité des résidents est compromise dès lors qu'ils peuvent accéder à l'espace public sans supervision.	<u>Ecart n°24 :</u> Il a été constaté au cours de la journée que de nombreux résidents ne portaient aucun dispositif portatif visible appel-malade et anti-fugue. L'absence de supervision par le personnel du port de ce dispositif compromet la sécurité des résidents.	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

2.5.4.3	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Le système d'appel malade fonctionne par l'intermédiaire de dispositifs portatifs type montre ou collier que le résident peut actionner en cas de besoin. Il n'existe pas de dispositif fixe d'appel malade dans les chambres ou dans les salles de bain. Un dispositif fixe a été observé dans les toilettes communes proches de l'ascenseur mais celui-ci n'est pas fonctionnel. Des tests appel malade ont été réalisés le jour de l'inspection. En actionnant le bouton présent sur le dispositif, un appel est envoyé sur le téléphone des AS de l'étage concerné. Un voyant lumineux rouge s'allume au moment de l'action sur le bouton. Le jour de l'inspection, le temps de réponse moyen était de 3 minutes. L'AS qui intervient doit désactiver l'appel en appuyant à nouveau sur le bouton du dispositif. Le jour du contrôle, il a été observé que certains résidents ne portaient pas en permanence leur dispositif d'appel malade. En l'absence de dispositif fixe fonctionnel, les résidents ne sont donc pas en mesure à tout moment d'appeler un soignant en cas d'urgence.	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
---------	--	--	--

2.5.4.3	Sécurités	Bâtiment, extérieurs	Il a été observé des éléments critiques pour la sécurité des résidents comme la possibilité d'accéder à des espaces extérieurs et en hauteur sans supervision (accès au toit terrasse de la Villa, accès à la terrasse du premier étage de la Villa). 	La présence de mobilier sur la terrasse du premier étage, à proximité des garde corps peut faciliter leur franchissement et présenter un risque de chute. 	Certains portes coupe-feu de la Villa ne se ferment pas automatiquement et ne remplissent donc pas leur rôle en cas d'incendie. Le système de signalement des soins en cours dans les chambres n'est pas opérationnel. Les boutons « EXT » présents dans certaines chambres et les voyants lumineux placés au-dessus des portes de chambres ne fonctionnent pas.	Ecart n°25 : Il a été observé un risque de chute au niveau de l'accès à la terrasse et au toit terrasse de la Villa (présence de mobilier permettant d'enjamber les garde corps), ce qui compromet la sécurité des résidents.	
---------	-----------	----------------------	--	---	--	---	--

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Un document « Projet personnalisé d'accompagnement du résident » a été remis à la mission. Les PAP sont établis pour chacun des résidents et associant à la fois les familles, le résident et le personnel soignant. Aucune information n'est toutefois donnée quant à la périodicité à laquelle ce PAP est revu. Ce travail relève des missions de la psychologue de l'établissement [REDACTED]		L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012 D. 312-155-0, 3° du CASF (projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	L'établissement offre la possibilité aux familles, proches, aidants, personnes de confiance et bénévoles d'utiliser : - le salon d'accueil du rez-de-chaussée dans chaque bâtiment, - les salons d'accueil du 1 ^{er} étage et 2 ^{ème} étage dans le bâtiment principal, - le salon d'accueil du 1 ^{er} étage de la Villa, - les jardins. Les familles et proches ont la possibilité de déjeuner dans les salons d'accueil de l'établissement.		
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est consultable dans le portfolio sur le bureau à l'accueil. La mission a constaté que la Charte figurait dans un dossier de résident.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	Le dernier arrêté conjoint ARS/CD n°2015-091 du 1 ^{er} avril 2015 de désignation des personnes qualifiées n'est pas affiché.	<u>Ecart n°26 :</u> L'arrêté ARS/CD de désignation de personnes qualifiées n°2015-091 du 1 ^{er} avril 2015 n'est pas affiché.	L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SDS n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Le formulaire de désignation d'une personne de confiance est une annexe du contrat de séjour. Cette annexe n'est pas systématiquement renseignée, dans les dossiers consultés par la mission. La mission n'a pas identifié de dispositif d'accompagnement ni d'interlocuteur formé.	<u>Ecart n°27 :</u> L'annexe de désignation d'une personne de confiance n'est pas systématiquement renseignée.	L311-4, 6°alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.6	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour rédiger les directives anticipées, facilement accessible d'une personne accueillie ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Le formulaire de directives anticipées est une annexe du contrat de séjour qui n'est pas systématiquement renseignée dans les dossiers consultés par la mission. La mission n'a pas identifié de dispositif d'accompagnement ni d'interlocuteur formé. Une affiche sur les portes des chambres indique : - le numéro de la chambre, - le nom du résident qui l'occupe, - une photo pour certains, - des faits marquants de sa vie pour certains.	Ecart n°28 : Le formulaire de recueil des directives anticipées n'est pas systématiquement renseigné.	L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP (directives anticipées) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4", 2012
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer garantir l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet, ...	Sur le fichier relatif à la liste des résidents, seuls les résidents sont identifiés comme bénéficiaires d'une mesure de protection juridique. Or la mission a constaté lors de l'examen des dossiers que [REDACTED] sont sous [REDACTED] et ne sont pas identifiés sur ce fichier. La mission constate donc qu'entre les dossiers des résidents et le fichier de suivi des résidents, il n'y a pas le même niveau d'information. Un coffre-fort est proposé dans l'établissement. La procédure mise en place renseigne sur les dispositions de dépôt et de retrait des effets personnels des résidents.		
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?		Remarque N°21 : Il existe une incohérence sur le nombre de résidents bénéficiant d'une mesure de protection juridique. En effet, sur la liste des résidents transmise à la mission, seuls [REDACTED] étaient identifiés comme tel, alors que [REDACTED] avant une protection juridique ont été identifiés lors de l'étude des [REDACTED] dossiers des résidents par la mission.	L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?	Une animatrice, titulaire de la structure, est employée sur la mission. Le projet d'animation 2024 a été transmis à la mission. Les plannings des animations de juin à juillet ont été fournis à la mission. Celui de la semaine en cours est affiché dans l'établissement. Certaines animations sont assurées par des prestataires extérieurs et des bénévoles ponctuels.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité + consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet animation figure dans le projet d'établissement, en cours de réactualisation. Pendant les congés de l'animatrice ou le week-end, les animations sont assurées par les prestataires.		

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	La commission des menus s'est tenue dans le cadre de l'instance du CVS du 19 juin 2024. Le procès-verbal de ce CVS a été transmis à la mission. La direction de l'établissement n'a transmis ni l'enquête de satisfaction réalisée en 2024 ni le bilan de celle réalisée en 2023.	Remarque N°22 : La direction n'a pas transmis le bilan de l'enquête de satisfaction de 2024 ou de 2023.	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS) Art. D 311-15 CASF
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Des menus de remplacement sont proposés. La liste des mets de substitution est affichée dans le portfolio à l'accueil.		
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ?	- Petit déjeuner : à partir de 8h - Déjeuner : 12h15 dans la salle de restauration et 12h dans les salons d'étage - Collation : 16h au salon, dans les chambres ou dans les jardins selon la saison - Dîner : 18h15 dans la salle de restauration et 18h dans les salons d'étage La mission a constaté que le déjeuner s'est déroulé dans le calme. Il n'y a pas de plan de table, chaque résident choisit sa place. Le cuisinier sert le plat chaud directement dans la salle de restauration. Du personnel est présent pour accompagner les résidents. La mission constate que la salle de restauration sert pour les animations le matin (alors que la table est déjà dressée) et l'après-midi. Il est à noter qu'un résident en fauteuil ayant assisté à l'animation du matin n'a été monté dans une salle de repas à l'étage qu'à 12h40.	Remarque N°23 : La salle de restauration est dressée le matin alors qu'elle est utilisée pour les animations. Un résident en fauteuil ayant assisté à l'animation du matin n'a été monté dans une salle de repas à l'étage qu'à 12h40 (repas prévu à 12h).	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...) ? Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ? Les professionnels ont-ils une observance des rations alimentaires consommées ? Les professionnels sont-ils moteurs de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?	Deux ASH sont présentes lors des repas pour le service ainsi que 2 aides-soignantes pour l'aide au repas dans la salle de restauration. Les résidents peuvent prendre leur repas dans leur chambre s'ils le souhaitent.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	L'établissement dispose d'une autorisation uniquement pour 52 chambres simples. Il a été indiqué à la mission l'existence de 2 chambres doubles.
E2	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas conforme. Il s'agit d'un document générique du groupe DomusVi qui de plus ne comporte pas certaines rubriques réglementairement obligatoires.
E3	Le projet d'établissement n'a été transmis ni à l'ARS ni au Conseil départemental après validation par le CVS.
E4	L'affectation de personnel non-qualifié à la prise en charge des résidents par l'établissement (ASH-FF) compromet la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
E5	Aucune information ni justificatif n'a été remis à la mission d'inspection concernant la diffusion du Document Unique de Délégation (DUD) de pouvoirs et de responsabilités ni aux membres du conseil d'administration, ni au CVS (conformément aux dispositions du D312-176-5 CASF), ni publié au sein de l'établissement.
E6	Le temps de présence du MedCo est inférieur au temps de présence réglementaire ce qui compromet la santé, la sécurité et la prise en charge des résidents et contrevient à l'article D312-156 CASF.
E7	Absence de transmission du diplôme du MedCo et de ses formations complémentaires le cas échéant.
E8	Le règlement de fonctionnement n'a pas été approuvé par le CVS.
E9	Le nombre réglementaire de réunions du CVS (3 CVS au minimum par an) n'est pas respecté.
E10	Absence d'information du CVS des EI et dysfonctionnements.
E11	Absence de mention de la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le livret d'accueil de l'ensemble du personnel.
E12	Aucun personnel interne à l'EHPAD n'est identifié comme référent « promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance ». Seules 2 personnes en 2023 ont été formées à cette thématique.
E13	La fiche de poste du MedCo ne fait pas état de sa participation dans la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
E14	Alors que l'établissement dispose d'une procédure de déclaration de signalement des EI/EIG ainsi qu'une fiche interne de signalement, il est en sous-déclaration des EI aux deux autorités de tutelle. De plus, la direction n'assure pas dans son plan de formation ni la sensibilisation ni la formation de ses salariés concernant la possibilité voire l'obligation de déclarer un EI/EIG. Elle n'informe pas non plus le personnel de la protection à laquelle il peut bénéficier en cas de déclaration d'EI.
E15	Dans aucun des comptes rendus de CVS remis à la mission pour les années 2022 à 2024, il n'est fait référence aux dysfonctionnements et EI survenus au sein de l'établissement ni aux mesures préventives ou correctrices apportées.

	Aucun bilan des EI n'est présenté au dernier CVS annuel.
E16	Les signalements des EI et des EIG ne sont pas systématiquement transmis aux deux autorités de tutelle, conformément aux L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF.
E17	L'affectation de personnel non-qualifié aux soins pour la prise en charge des résidents, constitue un risque dans la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents la nuit ; ce qui contrevient aux articles D. 312-155-0, II du CASF, L.311-3 1° et 3° du CASF et D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.
E18	Le bulletin n°3 du casier judiciaire des futurs salariés n'est pas systématiquement vérifié avant l'embauche comme l'impose l'article L. 133-6 du CASF. La traçabilité de cette vérification doit être intégrée dans le dossier administratif de l'agent.
E19	L'établissement n'a pas dispensé aux agents la formation obligatoire sur la sécurité incendie, ce qui contrevient à l'arrêté du 25 juin 1980.
E20	Absence d'analyse de données relatives à l'évolution de l'état de dépendance et santé des résidents dans le RAMA.
E21	Le registre des entrées et des sorties d'hébergement des résidents n'est pas paraphé par le maire de la commune ce qui contrevient à l'article R331-5 CASF.
E22	Les dossiers des résidents doivent être tenus de manière uniforme et doivent contenir les annexes obligatoires du contrat de séjour : - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - comptes rendu des réunions de synthèse, - Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI), - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL.
E23	La vitre fêlée de la porte du salon du 2e étage du bâtiment principal présente un risque pour la sécurité des résidents en cas de bris.
E24	Il a été constaté au cours de la journée que de nombreux résidents ne portaient aucun dispositif portatif visible appel-malade et anti-fugue.
	L'absence de supervision par le personnel du port de ce dispositif compromet la sécurité des résidents.
E25	Il a été observé un risque de chute au niveau de l'accès à la terrasse et au toit terrasse de la Villa (présence de mobilier permettant d'enjamber les gardes corps), ce qui compromet la sécurité des résidents.
E26	L'arrêté ARS/CD de désignation de personnes qualifiées n°2015-091 du 1er avril 2015 n'est pas affiché.
E27	L'annexe de désignation d'une personne de confiance n'est pas systématiquement renseignée.
E28	Le formulaire de recueil des directives anticipées n'est pas systématiquement renseigné.

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
R1	La liste des résidents remise le jour de l'inspection contrôle ne précise pas la nature de l'ensemble des mesures de protection juridique.

R2	Les modalités de la reprise d'activité suite à un risque ne sont pas énoncées dans le « plan bleu ».
R3	La mission constate que l'organigramme actuel ne fait pas apparaître distinctement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents salariés de l'EHPAD. La contre équipe du chef cuisinier ne figure pas dans l'organigramme. De plus, l'organigramme et le « planning nominatif des salariés présents » ne sont pas en concordance.
R4	Les réunions de CODIR ne sont pas systématiquement tenues, et leurs comptes rendus ne sont pas formalisés, ne permettant pas la traçabilité et la communication des décisions prises.
R5	La fiche de poste de la directrice est une fiche de poste générique du groupe DomusVi et n'est pas personnalisée. Le document n'est ni daté ni signé par l'intéressée.
R6	Les modalités prévues pour assurer la permanence de direction et les astreintes ne font pas l'objet d'une procédure formalisée et portée à la connaissance du personnel de l'établissement.
R7	En cas d'absence inopinée de la directrice, aucune information de son remplacement n'est formalisée ni connue des équipes.
R8	Absence de fiche de poste de l'IDEC.
R9	Les affichages qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets et peu accessibles aux résidents, à leurs familles et à l'ensemble des salariés.
R10	Dans la procédure générique DomusVi intitulée « Je signale un EI en interne », les adresses mail des autorités de tutelle sont erronées.
R11	Le personnel affecté aux soins de nuit dans l'établissement n'est recensé ni sur l'organigramme, ni sur la liste « salariés CDI CDD », ni sur le tableau des ETP.
R12	Selon les critères de contractualisation CPOM de l'ARS IDF permettant de calculer l'effectif minimal de soignants requis pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, l'établissement est en déficit de 2.32 ETP dans l'équipe des AS/AES/AMP.
R13	Les dossiers des personnels ne contiennent pas systématiquement ni les fiches de poste signées, ni les attestations de formation, ni les évaluations annuelles des professionnels.
R14	Absence de formation du personnel sur l'accompagnement de la fin de vie dans le plan de formation 2024.
R15	Les plannings de congés d'été des personnels ont été mis à jour le 15 juillet 2024. L'IDEC déclare être revenue de congés spécialement pour les établir.
R16	Bien que le temps de transmission de 15 minutes soit indiqué sur les fiches heures des personnels soignants, ce dernier n'est pas systématiquement respecté.
R17	Aucun registre dûment complété permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens n'est mis en place.
R18	Les barres d'appuis sont à refixer.
R19	Un professionnel n'est pas identifiable par sa tenue par les résidents et familles, ce qui ne permet pas à ces derniers de déterminer sa qualification.
R20	La direction n'a pas transmis les documents demandés concernant la traçabilité des réclamations et doléances ainsi que la dernière enquête de satisfaction.

R21	Il existe une incohérence sur le nombre de résidents bénéficiant d'une mesure de protection juridique. En effet, sur la liste des résidents transmise à la mission, [REDACTED]
R22	La direction n'a pas transmis le bilan de l'enquête de satisfaction de 2024 ou de 2023.
R23	La salle de restauration est dressée le matin alors qu'elle est utilisée pour les animations. Un résident en fauteuil ayant assisté à l'animation du matin n'a été monté dans une salle de repas à l'étage qu'à 12h40 (repas prévu à 12h).

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Isis à Garches, géré par le groupe DomusVi a été réalisée de façon inopinée le 16 juillet 2024 à partir de la visite de l'établissement, des entretiens menés avec différents professionnels et des documents transmis par l'établissement. L'inspection s'est déroulée dans de bonnes conditions et la mission a pu consulter des documents sur place et réaliser plusieurs entretiens avec les personnels de l'EHPAD.

Le jour de l'inspection, la mission a relevé un certain nombre d'écarts à la réglementation et des remarques sur le fonctionnement de l'établissement concernant :

- La gestion des ressources humaines :
 - o Organigramme de l'établissement
 - o Qualification des personnels
 - o Tenue des dossiers RH
 - o Temps de présence du MedCo
- La communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :
 - o Documents de la loi 2002-2
 - o Fonctionnement du CVS
 - o Gestion des réclamations et évènements indésirables
- Les prises en charge
 - o Sécurité des résidents
 - o Tenue des dossiers des résidents

Ces écarts et remarques, explicités tout au long du rapport et récapitulés à la fin de ce dernier, donneront lieu à des injonctions, prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité avec la réglementation et de rectifier certains modes de fonctionnement qui ne permettent pas une prise en charge de qualité et une sécurité optimale pour les résidents.

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

Fait à Nanterre, le 23 septembre 2024

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale des Hauts-de-Seine, ARSIDF	Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction du pilotage des établissements et Services – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine	Chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine

Glossaire

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

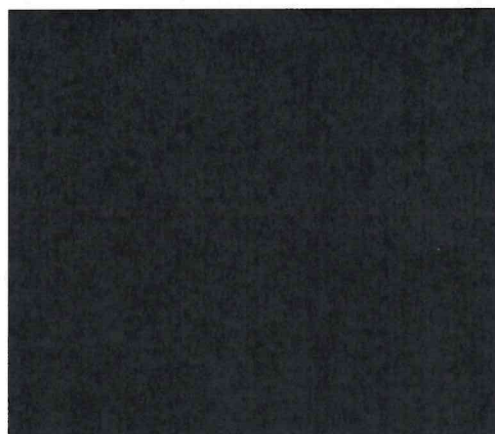
Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Agence régionale de santé d'Île-de-France
Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Conseil départemental des Hauts-de-Seine
Pôle Solidarité
Direction de l'Autonomie



Nanterre, le 2 juillet 2024

Mesdames, Messieurs,

En février 2022, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet de deux « orientations nationales d'inspection contrôle » (ONIC) validées 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.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection contrôle de l'EHPAD Résidence ISIS (numéro de FINESS 920814621) situé au 2 Allée des Haras, 92380 Garches et qui sera menée conjointement par l'ARS et le Conseil Départemental des Hauts-de-Seine.

Cette mission d'inspection réalisée sur le fondement de l'article L.313-13, III du code de l'action sociale et des familles, elle a pour objet de vérifier :

- La gestion des ressources humaines : la conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, la qualification professionnelle des soignants, leurs formations notamment en lien avec la bientraitance et la gestion des conflits, la gestion des dossiers du personnel, l'effectivité de l'entretien professionnel annuel.
- Le respect des droits des résidents : le nombre et profils des résidents, la gestion de leurs dossiers, les modalités d'accueil et d'accompagnement, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes, la communication avec les familles et le CVS, la gestion et le suivi des événements indésirables graves, la gestion des biens des résidents

- L'organisation et le fonctionnement de la prise en charge des résidents sur le volet administratif : sécurisation des dossiers médicaux et respect du secret professionnel, transmissions et réunions pluri professionnelles (RCP, réunions thématiques, analyse des pratiques professionnelles), identitévigilance des résidents notamment à destination des agents vacataires et/ou intérimaires, sécurisation des chariots, relevé des températures quotidiennes des réfrigérateurs.

La mission comprendra :



Cette inspection s'effectuera de façon inopinée à compter du 16 juillet 2024.

Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

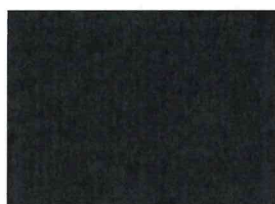
Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration.

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

Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Nous vous prions d'agréer, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Président du Conseil Départemental
des Hauts-de-Seine et par délégation,
La Directrice de l'Autonomie



Sabine SERRE

 Pour le Directeur général
de l'Agence régionale de Santé
d'Ile-de-France
Le Directeur de la Délégation départementale
des Hauts-de-Seine

Agence Régionale de Santé Ile-de-France
Renaud PELLE
La directrice adjointe de la
Délégation départementale des Hauts-de-Seine



Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.



16 juillet 2024
EHPAD ISIS

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie papier et Bluefiles	A compléter par la direction
A	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique et domicile de secours (si possible format EXCEL et non pdf)	2 copies papier + Bluefiles	
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (précisant si CDI/CDD, stagiaires, libéraux) avec leur fonction, affectation et date de recrutement (format EXCEL et non pdf)	2 copies papier + Bluefiles	

Documents à remettre avant 10 H 30 ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur Bluefiles ou consultation	A compléter par la direction
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légende (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	2 copies papier + Bluefiles	
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD indiquant le temps de travail des salariés, les liens hiérarchiques et fonctionnels	2 copies papier + Bluefiles	
E	Un plan des locaux	2 copies papier + Bluefiles	
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie papier + Bluefiles	
G	Liste des résidents sortis (avec motifs) durant l'année 2023	1 copie papier + Bluefiles	
H	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre) (N et N-1)	1 copie papier + Bluefiles	

57/59

A transmettre ce jour :

Dans le cadre du contrôle, il vous est demandé de transmettre l'ensemble des documents listé par dépôt via l'outil partagé : <https://bluefiles.com/ars/dd92-etab-medico-sociaux>

Chaque document devra commencer par : « EHPAD ISIS Garches » avec le numéro correspondant.

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur Bluefiles ou consultation	A compléter par la direction
I- La gestion des ressources humaines			
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail , DUD du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin(s) prescripteur(s) et de l'IDEC	Bluefiles	
2	Fiches de poste de l'ensemble des personnels et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin(s) prescripteur(s)	Bluefiles	
3	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles	
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Bluefiles	
5	Calendrier des astreintes Direction, médical et soignant depuis janvier 2023	Bluefiles	
6	CR des réunions d'équipes des 6 derniers mois	Bluefiles	
7	Projet d'établissement	Bluefiles	
8	Règlement de fonctionnement	Bluefiles	
9	Plan bleu	Bluefiles	
10	Projet de soins	Bluefiles	
11	Liste nominative des personnels CDD des 18 derniers mois	Bluefiles	
12	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Bluefiles	
13	Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés des mois de <u>avril</u> , mai et juin 2024 + planning prévisionnel de juillet et août 2024 Précision de la légende des sigles utilisés	Bluefiles	
14	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N+1, attestations des formations suivies	Bluefiles	
15	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Bluefiles	
16	Les fiches de tâches heurées des ASH	Bluefiles	
17	Les fiches de délégation de tâches	Bluefiles	
18	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Bluefiles	
19	Livret d'accueil des nouveaux salariés	Bluefiles	
20	Procédure d'accueil des nouveaux salariés	Bluefiles	
21	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M	Bluefiles	
22	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)	Bluefiles	
23	5 Dossiers RH des salariés 5 Dossiers Administratifs des Résidents	Consultation	
24	Registres des délégués du personnel	Consultation	

25	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	
II- Le respect des droits des résidents et des familles			
26	Composition des différentes instances de l'EHPAD (CVS, CODIR, CA...)	Bluefiles	
27	Statuts de l'EHPAD avec composition des instances dirigeantes et organigramme du Groupe DOMUSVI	Bluefiles	
28	Livret d'accueil des nouveaux résidents	Bluefiles	
29	Contrat de séjour vierge	Bluefiles	
30	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Bluefiles	
31	Récapitulatif des événements indésirables recensés ces trois dernières années en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Bluefiles	
32	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Bluefiles	
33	CR des réunions des CVS des deux dernières années et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Bluefiles	
34	Règlement intérieur du CVS	Bluefiles	
35	Programme d'animation de la semaine en cours	Bluefiles	
36	Projet d'animation de l'année 2023 et bilan de l'année 2022	Bluefiles	
37	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Bluefiles	
38	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2023)	Bluefiles	
39	Produits en vente en boutique – liste des produits-tarifs et caisse	Bluefiles	
40	Procès-verbal de la dernière visite de la Commission communale de sécurité	Bluefiles	
42	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
43	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
44	Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques	Consultation	
45	Projets de vie et traçabilité des résidents	Consultation	
46	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
47	Procédure de gestion et mise en sécurité des biens des résidents	Bluefiles	
III- L'organisation et le fonctionnement de la prise en charge des résidents sur le volet administratif			
48	Procédure d'identitovigilance des résidents notamment à destination des agents vacataires et/ou intérimaires.	Bluefiles	
49	Procédure des relevés des températures quotidiennes de des rigérateurs des thérapeutiques.	Bluefiles	
50	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne, traçabilité des transmissions	Consultation	