

**CONTROLE : au sein de l'Etablissement Maison Ferrari
sis 1 place Ferrari à Clamart**

Les participants pour le Conseil départemental :

- [REDACTED], responsable du service contractualisation tarification et contrôle des établissements et services médico-sociaux, Conseil départemental des Hauts-de-Seine,
- [REDACTED], Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESMS – Pôle Solidarités, Direction du pilotage des établissements et Services – Conseil Départemental des Hauts de Seine,
- [REDACTED], Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESMS – Pôle Solidarités, Direction du pilotage des établissements et Services – Conseil Départemental des Hauts de Seine.

Les participants pour l'ARS :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Département Autonomie, Délégation départementale des Hauts de Seine, ARS IDF.

Les participants pour le gestionnaire et l'établissement :

- Monsieur Louis MATIAS, Directeur de l'établissement,
- Madame Marilyn FORGET, Assistante de direction,
- Monsieur Cristian DUNCESCU, Chef du service entretien.

RAPPORT

Date : 28 novembre 2022

AVERTISSEMENT

Un rapport de contrôle fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L311-1 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 L311-2 du code des relations entre le public et l'administration :

- Ce rapport sera communicable aux tiers après la procédure contradictoire applicable à la décision envisagée du commanditaire ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- 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.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L311-5, 2°^o du code des relations entre le public et l'administration 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 L311-6 du code des relations entre le public et l'administration dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ;
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L311-7 du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L311-5 et L311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de dissocier, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection et 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.

SOMMAIRE

Introduction

I – Organisation

- 1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation.
- 1.2 Management et stratégie.
 - 1.2.1 Le projet d'établissement ou de services, le règlement de fonctionnement.
 - 1.2.2 Pilotage.Délégations de pouvoirs.
 - 1.2.3 Conseil de la vie sociale et autres formes de participation.
- 1.3 Gestion de la qualité
 - 1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance.
 - 1.3.2 Gestion des risques, des crises et des incidents graves

II – Fonctions support.

- 2.1 Gestion des ressources humaines.
 - 2.1.1 Personnels/qualifications/affectations.
 - 2.1.2 Formation/accompagnement/soutien des professionnels.
- 2.2 Bâtiments/espaces extérieurs/équipements.
 - 2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs.
 - 2.2.2 Sécurité des personnes et des biens.

III- Prise en charge.

- 3.1 Organisation de la prise en charge.
 - 3.1.1 Modalités d'accompagnement/projet d'accueil et d'accompagnement.
 - 3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne et externe.
- 3.2 Respect des droits des personnes accueillies.
 - 3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes.
 - 3.2.2 Alimentation/repas.

IV- Synthèse

Introduction

Implanté en centre-ville, 1 place Ferrari à Clamart (92140) au cœur d'un parc de plus de 2 hectares, l'EHPAD « Maison Ferrari » est géré par l'Ordre de Malte France dont le siège est situé à Paris.

L'Ordre de Malte France est gestionnaire de deux EHPAD en France : la Maison Ferrari à Clamart (92), d'une part et l'EHPAD Saint-Paul à Saint-Etienne (42), composé de la Maison Saint-André et de la Maison Saint-Sébastien, d'autre part.

L'EHPAD « Maison Ferrari » a ouvert en août 1888, il est géré par par l'Ordre de Malte France suite à l'arrêté conjoint du Conseil départemental des Hauts-de-Seine et de l'Agence régionale de santé pris en date du 15 février 2012. Cet établissement dispose d'une capacité de 153 lits en hébergement permanent et 5 lits en hébergement temporaire. Il est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie type Alzheimer et dispose d'une unité de vie protégée (30 lits). Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour une capacité de 25 lits.

Ce contrôle s'inscrit dans la programmation annuelle (2022) départementale de contrôle et de suivi des ESSMS autorisés par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine, de plus il fait suite à un contrôle inopiné réalisé par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine le 4 août 2022 où il a été constaté une vacance de la fonction de direction. Non seulement ce contrôle n'a pu avoir lieu de ce fait mais aucune réponse, ni observation n'ont été faites par l'établissement suite à l'envoi du courrier du 10 août 2022 en recommandé avec accusé de réception..

Ce contrôle a également été ciblé dans le cadre des contrôles prévus par l'Agence Régionale d'Ile de France. En effet, 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 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.

La mission de contrôle s'est déroulée sur site le 28 Novembre 2022 de 9 heures 30 à 18 heures 30.

La mission a retenu des items de contrôle dans quatre champs permettant de procéder à des vérifications suivantes : les locaux, la gouvernance de l'établissement, les documents, la prise en charge des résidents et l'implication des personnels. Cette démarche a permis d'observer :

- l'existence de dysfonctionnements,
- de manquements,
- de négligences,
- d'organisations à améliorer pour éviter de compromettre la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

La mission s'est déroulée dans le cadre méthodologique ainsi fixé par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée le 28 novembre 2022 de manière inopinée et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission, sans délai les documents suivants :

- Liste des résidents présents ce jour avec date de naissance, âge, affectation, date d'entrée et niveau de dépendance,
- Liste des professionnels présents ce jour par secteur d'affectation,
- Plannings des professionnels : équipes de nuit du 27/11 et 28/11 et équipe de jour du 28/11, légende (explication des codes couleurs et/ou abréviations) – dont vacataires et/ou intérimaires,
- Plan des locaux,
- Liste des instances et de leurs membres (CVS, CODIR, professionnels, délégués du personnel).

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission.

Nous avons procédé pour la réaliser :

- à un contrôle :
 - des locaux,

- des outils réglementaires de la loi 2002,
- de la prise en charge des résidents,
- des entretiens avec le personnel présent : le directeur, la psychologue, le chef cuisinier, la gouvernante, une ASH, une AMP et l'animatrice.

Les membres de la mission ont rencontré des difficultés liées à de nombreux temps d'attente pour le démarrage de la mission et l'obtention des documents réglementaires.

Pour exemple, deux membres de la mission, ont dû se déplacer au bureau du directeur, pour l'échantillon des dossiers des résidents et des personnels réclamés en début de matinée.

Ce délai d'obtention a nécessité une adaptation quant à l'organisation de travail que s'était donnée la mission.

D'autres documents attendus pour le jour même, n'ont été remis 4 jours après la mission, soit le vendredi 2 décembre 2022.

Pour mémoire, l'établissement contrôlé se présente comme suit :

Statut : Privé non lucratif / capacité : 153	25 places habilitées à l'aide sociale
Convention tripartite / CPOM	Date : CPOM prévu en 2024

- I – Organisation.
- II – Fonctions support.
- III- Prise en charge.
- IV- Synthèse.

Ce rapport est communiqué au gestionnaire afin de recueillir leurs éventuelles observations le concernant.

I- ORGANISATION				
1-1 Conformité aux conditions de l'autorisation		OUI	NON	EN PARTIE
- La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?		X		
				CONSTATS Le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD le jour de l'inspection est de 116 résidents dont 26 en UVP. Soit un taux de présence de 73,41%. Répartition des résidents dans les étages : • résidents au premier étage, • résidents au deuxième étage, • résidents au troisième étage. Le pourcentage des résidents en fonction du GIR, se compose comme suit : • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] Le GMP s'élève à [REDACTED] Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de [REDACTED] ; en prenant uniquement en compte les établissements associatifs. [REDACTED]

1-2 Management et stratégie				
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement		OUI	NON	EN PARTIE
- Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure est-il conforme aux exigences réglementaires du CASF ? (art R311-33 à R311-37)			X	
				CONSTATS Le règlement de fonctionnement présenté à la mission date de mai 2013 et n'est donc pas conforme au CASF. Ecart N° 1 : Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas conforme aux exigences réglementaires du CASF, en référence à l'art R311-33 à R311-37. En effet, il doit être révisé tous les 5 ans.
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ? (art. L.311-8 et D311-38)		OUI	NON	EN PARTIE
			X	
				CONSTATS Le projet d'établissement transmis par la direction date de 2015-2019, l'établissement n'a pas établi de nouveau projet d'établissement conformément aux dispositions du CASF. Une plaquette 2022 de présentation de la « Maison Ferrari » est parallèlement jointe. Ecart N° 2 : Le projet d'établissement n'est pas conforme à l'article L311-8 du CASF. En effet, il doit être révisé tous les 5 ans Ecart N° 3 : Le projet d'établissement n'est pas conforme à l'article D312-155-4-1 du CASF. En effet, il ne fait pas état d'actions mises en œuvre favorisant une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance et ne mentionne pas de plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs		OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
- Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?			X		L'organigramme transmis n'est pas détaillé et certains professionnels n'y figurent pas (chef cuisinier, second...). Sur la liste du personnel de novembre et octobre 2022, figure une directrice adjointe en CDD qui n'apparaît pas dans l'organigramme. La liste du personnel du 28 novembre 2022 transmise à la mission, n'est pas en concordance avec la liste des ETP de novembre 2022 (pour exemple une IDE en CDI sur la liste du personnel mais en CDD sur la liste des ETP). Recommandation N°1 : L'organigramme transmis à la mission n'est pas à jour ; La liste du personnel du 28 novembre 2022 transmise à la mission, n'est pas en concordance avec la liste des ETP de novembre 2022.
- 1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs		OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
- Réunions de la direction avec le personnel : fréquence et nature des réunions ? - Qualité du dialogue et de l'écoute ? prise en compte et règlement des problèmes ?		X			Une réunion mensuelle ou en fonction des besoins a lieu dans le cadre du dialogue social. Tous les 3 mois, le directeur précise qu'il y a un groupe de paroles des salariés le samedi. La démarche qualité de vie au travail est pilotée par le siège. Un questionnaire de satisfaction a été adressé mais la restitution des conclusions n'a pas encore eu lieu. Une réunion mensuelle se tient également avec tous les salariés de l'EHPAD, sans ordre du jour, avec des échanges informels, sans compte rendu établi.

Recommandation N°2 : Il conviendrait de formaliser les rencontres avec les salariés par l'élaboration d'un ordre du jour et d'un compte rendu.					Des réunions de coordination hebdomadaires se tiennent régulièrement les mercredis à 11 heures entre les membres de l'équipe de direction. Le directeur n'a pas mis en place de planning d'astreinte de direction, seule une délégation de signature du directeur a été prévue. Depuis le départ à la retraite de la directrice des soins, le directeur informe la mission de n'avoir pas fait le choix de nommer une direction adjointe en dépit de la taille de l'établissement et de ses charges de travail (délégué FEHAP, Gérondif, membre d'instances à l'ARS). Quand le directeur est absent, le CODIR assure sans cadre formel la continuité de direction pour la gestion courante de l'EHPAD.	Ecart N°4 : L'absence de mise en place de procédure d'astreintes de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD contrevient aux articles L 311-7 et R.311-35 du CASF.
Existe-t-il une procédure assurant la continuité de direction ?		X				
1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs		OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS	
Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF)			X		Il existe un CVS au sein de l'établissement. Le document relatif à la composition du CVS remis lors de l'inspection datait du 2 décembre 2022 (composition qui ne	

				respecte pas le CASF et la tenue de trois réunions annuelles : le directeur explique cela par un turnover important de ses membres). Le compte rendu du dernier CVS n'est pas affiché. <u>Ecart N° 5</u> : - La composition du CVS, - Le relevé de conclusion en date du 25 février 2022 non signé par le Président, - La non communication et adoption des relevés de conclusion à la séance suivante, - L'affichage du dernier compte rendu du CVS, - L'absence de communication aux résidents du relevé de conclusion des réunions du CVS, - L'absence de présentation des EI et de leur bilan annuel au CVS, contrevenant aux articles L311-6, D311-4 à D311-20, R. 331-10 et suivants du CASF.
--	--	--	--	--

1-3 Gestion de la qualité				CONSTATS	
1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance		OUI	NON	EN PARTIE	
- Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure?				X	Il est à noter que le numéro national 3977 de signalement de situation de maltraitance des personnes âgées était affiché sur la porte de la salle de repos des salariés, à l'intérieur de la pièce et n'était donc pas visible de l'extérieur. L'affichage du 3977 n'est pas suffisant compte tenu de la superficie de l'établissement. Ecart N°6 : D'autres affiches du numéro national d'appel 3977 de signalement de situations de maltraitance des personnes âgées, devraient être affichées dans l'ensemble de l'établissement en plus grand nombre et à des points stratégiques et de circulation, des résidents, des familles et des salariés de l'EHPAD.
1.3.2 Gestion des risques, des crises et des incidents graves - Existe-t-il un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des événements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies?			X		Il n'existe pas de dispositif opérationnel adapté de recueil des EIG. Le directeur indique à la mission : « qu'il attend la négociation du CPOM pour le mettre en place ». Il précise que : « les seules affaires dont il a eu connaissance sont remontées aux autorités de contrôle suite à des plaintes des familles ». Il est à signaler que lors de l'inspection, la mission a été informée d'un EIG par une famille qui a porté plainte à la suite de la vaccination contre le Covid et la grippe, sans le consentement de la résidente et/ou de la personne de confiance, et sans l'avis médical du médecin traitant. Cette dernière n'a fait l'objet d'aucune transmission aux deux autorités de contrôle.

- Les personnels sont-ils qualifiés ? (art L312-1-II, al.2 CASF), diplôme en lien avec la fonction.		X		Sur l'échantillon de dossiers du personnel choisi et étudié par la mission, des copies de diplômes sont manquantes.
- L'établissement s'assure-t-il de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF).		X		Lors du contrôle des dossiers du personnel, la mission a constaté qu'il n'y a pas de traçabilité de la vérification des casiers judiciaires.
Ecart N° 9 : L'établissement doit vérifier les qualifications professionnelles des salariés qui exercent en sont sein et doit réclamer à l'embauche la copie des diplômes de chacun ainsi que leurs casiers judiciaires et en assurer une traçabilité (article L312-1, II, 4° CASF (diplômes) et L133-6 CASF (casier judiciaire)).				
- Nombre de postes vacants au jour de l'inspection en ETP et par type de fonction.	X			Le jour de l'inspection, la direction informe la mission de la fermeture d'un service compte tenu de difficultés liées au recrutement. Le directeur rapporte à la mission que depuis 2022, il manque systématiquement une aide soignante sur deux pour chaque équipe et deux IDE sur trois. L'établissement fait appel à des vacataires et à des élèves IDE. L'échange avec le directeur n'a pas permis de comprendre et d'apprécier l'outil mis en place pour la gestion des ETP au quotidien. Cela reposerait sur la responsable administrative.
- 2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations	OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
- Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings)?		X		Un planning est élaboré sous fichier Excel. Cependant, il ne constitue pas un outil permettant une traçabilité du recensement et du suivi des salariés présents ou prévus.
- Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents?		X		Le suivi des salariés présents repose sur l'assistante administrative. Chaque cadre doit veiller au contrôle des présents par métier (soins, hébergement, séjour

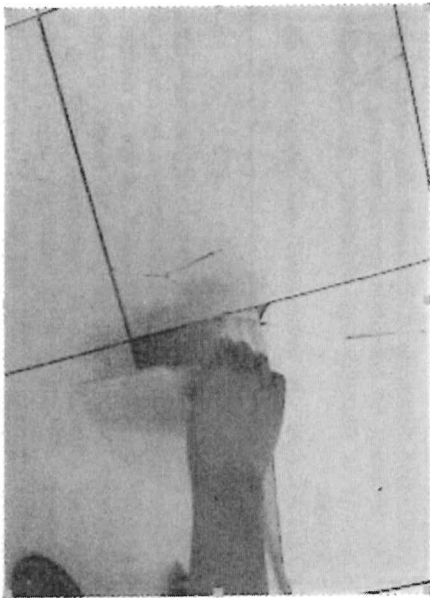
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service?			accompagnement des résidents...). Il n'a pas été identifié un logiciel de présence, ni de formalisation de la gestion ressource humaine quotidienne. La mission a pu consulter la tenue d'un registre dans le bureau attenant à la loge de l'agent d'accueil où étaient recensées diverses informations : - les appels des agents qui se déclaraient absents ce jour-là , - les hospitalisations nominatives de résidents, vers un hôpital désigné, - les décès nominatifs de résidents.
---	--	--	--

				Ecart N° 10 La mission n'a pas eu connaissance d'un logiciel de traçabilité des absences des salariés. Seules, des annotations inscrites sur un cahier suite à leurs appels ont pu être constatées, dans le bureau attenant à la loge. art L.311-3 1° CASF (Sécurité résident).
- 2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations - Absents non prévus (principaux motifs : maternité, AT, maladies, absence de courte durée...) le jour de la visite? - Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning. - Comment la structure fait-elle face aux absences? - Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements? - 2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations - Effectifs médicaux et paramédicaux salariés.	OUI	NON	EN PARTIE	Ecart N° 11 La situation médicale des résidents est protégée par le secret professionnel : - Les informations nominatives quant à l'hospitalisation d'un résident et/ou à son décès ne doivent pas figurer sur un cahier dans un bureau attenant à la loge du gardien, - Afficher à la lecture de tous des informations médicales, contrevient à l'article L-1110-4 du CSP, sur le secret professionnel et le secret médical stipulant que les données de santé sont couvertes par le secret médical et ne doivent être accessibles que par des soignants.
	OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS Le jour de l'inspection, il n'y a qu'une IDE présente sur les 3 prévues initialement. Le directeur informe la mission des difficultés RH obligeant à une adaptation quotidienne d'où la fermeture d'un certain nombre de lits ce jour-là. CONSTATS Au jour de l'inspection, l'établissement emploie 11 AVS dont 9 en CDI, 28 AS dont 16 en CDI, 6 IDE dont 3 en CDI, 1 IDEC et

1 MEDEC. Cela représente un total de 42,46 ETP soignants dont 27,8 ETP en CDI.				
- Nombre de postes vacants au jour de l'inspection en ETP et par type de fonction.				X
- Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J?				X
- Une charte de confiance (ou d'incitation au signalement) existe-t-elle?			X	
Ecart N° 12 : Il est demandé la mise en place d'une procédure pour le signalement des EI par les salariés et la désignation d'une personne dédiée autre que le supérieur hiérarchique direct, (par exemple, un référent qualité), afin de favoriser le recours aux signalements par les salariés sans crainte de sanction.				
2.1.2 Formation / accompagnement / soutien des professionnels				
- Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels?	X			
- Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel?	X			
2.2 Bâtiments /espaces extérieurs/équipements				
2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs	OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
- Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes		X		La portail à l'entrée de l'établissement n'était pas complètement fermé créant un risque pour la sécurité des personnes.

ergonomiques), accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues, sécurisation de l'UP, des locaux techniques, sécurité incendie (affichages)?	L'établissement se compose des espaces suivants : - Un hall d'accueil, - Bureaux administratifs, - Un salon de coiffure, - Trois bureaux pour MEDCO, IDEC et psychologue, - Une salle de réunion, - Une salle de kinésithérapie, - Une salle d'animation, - Une salle de restauration, - Un petit salon / lieu de vie à chacun des 3 étages, - 158 chambres, - Une Unité de Vie Protégée au 3ème étage avec salle de balnéothérapie, - Une infirmerie avec pharmacie au 2ème étage, - Local technique, - Une chaufferie, - Une lingerie pour les vêtements des résidents disposant d'un bon circuit du linge propre/sale (le linge plat et les vêtements du personnel sont externalisés), - Local archives, - Les vestiaires et la salle de pause des personnels, une cuisine et réserves, - Une cour intérieure, - Un local de stockage des réserves en cours de réorganisation, - Un jardin arboré. Présence de la vidéo protection en sous-sol pour prévenir et lutter efficacement contre tout acte de malveillance. Chaque chambre individuelle est équipée :
---	--

			L'UVP au 3^{ème} étage, ainsi que les portes palières des étages donnant sur les escaliers sont toutes sécurisées par digicode. L'accès aux différents locaux pour les personnes à mobilité réduite par un accès dédié, de double portes automatiques et des ascenseurs adaptés. Des travaux sont en cours dans l'établissement. L'UVP est desservie par un ascenseur avec un code et les escaliers également. Il est constaté que les espaces de circulation de l'allée St Raphaël (rez-de-chaussée de l'EHPAD) sont encombrés par du stockage de mobiliers ayant appartenu à d'anciens résidents justifié par le directeur, par l'absence d'espace pour les stocker. Ce niveau dessert notamment des lieux de passage, avec des déplacements du personnel, des résidents potentiellement PMR et des familles, réduisant la surface de circulation, tels que les accès au : - salon de coiffure, - bureau du délégué du personnel, - maîtresse de maison, - moyens généraux, - ergothérapeutes, - kinésithérapeutes, - psychologue, - médecin coordonnateur, - consultation, - infirmerie. De plus la signalétique et l'accès à l'espace snoezelen au rez-de-chaussée ne sont pas adaptés. Il est également constaté que la salle de repos du personnel ne dispose pas de fenêtre.
--	--	--	--

Ecart N° 13 : De nombreux meubles en bois stockés représentent un risque majeur pour la sécurité de tous en cas d'évacuation des locaux.					
-	2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs	OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
-	L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?			X	L'établissement propose des chambres (minimum 22 m²) et des espaces communs spacieux. Les lieux de circulation disposent de barres d'appui à l'exception du hall d'entrée d'autant plus que le couloir est très large.
-	Quel est l'état d'entretien général du bâtiment (propreté, état des peintures ou revêtements muraux et des sols) ?		X		La mission constate que la propreté est satisfaisante cependant, l'état de la peinture et du carrelage cassé dans l'ascenseur de l'aile gauche (allée St Raphaël) révèle un manque d'entretien qui nécessite une réparation urgente (potentielles chutes).
					

Ecart N° 14 : La mission demande la réparation dans les plus brefs délais des carreaux de carrelage de l'ascenseur du RDC afin de garantir la sécurité des résidents, du personnel et des familles. D'autant que cet ascenseur est emprunté de manière fréquente				L'établissement a fait l'objet d'un avis défavorable à la poursuite de l'exploitation suite au passage de la commission communale de sécurité du 23 décembre 2021. La levée de cet avis était conditionnée à la réalisation des 15 mesures correctives et anomalies relevées. Le 8 novembre 2022, la commission communale de sécurité a constaté que la majorité des anomalies relevées en 2021 est levée à l'exception des travaux relatifs au système de désenfumage ne permettant pas de programmer une visite en vue de lever l'avis défavorable.	
				OUI	NON
				EN PARTIE	
2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs				CONSTATS	
- Le niveau de propreté des chambres est-il suffisant ? Existe-t-il une procédure d'entretien des chambres?				X	Les chambres sont propres dans l'ensemble. La mission n'a pas eu connaissance de la procédure d'entretien des chambres. Cependant, lors de la visite d'une chambre d'une résidente, il a été vu, collé à son armoire, un planning du mois d'octobre 2022, intitulé : « Suivi changement de draps » où seule la date du 3 octobre 2022 est cochée et comporte, semble t-il un nom d'agent. Le reste du mois, n'est pas renseigné. Ce tableau n'est pas actualisé (mission sur place le 28 novembre 2022).

octobre 2022

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
1	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Ecart N° 15 :
 L'entretien du linge relatif à l'usage du lit fait partie des prestations minimales en EHPAD comprises dans le prix d'hébergement et fait partie intégrante de la prise en charge des résidents. (L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie et Article Annexe 2-3-1).

2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs		OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
-	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens?	X			Il existe un « classeur service logistique » pour recueillir des demandes d'interventions et réparations au sein de l'établissement. La mission constate que le remplissage du tableau n'est pas correctement fait. En effet, les dates d'interventions ne sont pas renseignées comme demandé. Remarque N° 3 : Il est demandé d'assurer une meilleure gestion des demandes de réparation.

2.2.2 Sécurité des personnes et des biens		OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
- Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel malade en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?				X	La mission a pu tester le système d'appel malade, celui-ci est bien opérationnel. Il a été également constaté que les toilettes communes ne disposent pas d'appel malade.
					Ecart N° 16 : L'organisme gestionnaire a l'obligation de réaliser tous les investissements nécessaires pour adapter les locaux en vue de garantir la sécurité des usagers en référence à l'article L.311-3 du CASF qui met à la charge de l'organisme gestionnaire une obligation de sécurité et de moyens renforcés.
III- PRISE EN CHARGE					
3.1 Organisation de la prise en charge		OUI	NON	EN PARTIE	CONTATS
3.1.1. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement					
- Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissement, activités de loisirs, ...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé?		X			Les goûts alimentaires des résidents sont respectés, textures adaptées et allergies connues. Une commission menus est organisée toutes les 5 semaines ainsi qu'une commission restauration avec la gouvernante.
- Un projet d'accompagnement personnalisé formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?			X		La psychologue qui est présente dans l'établissement, précise que seuls 50% des résidents ont un PVI personnalisés et réactualisés. Elle anime les réunions d'actualisation, mais ces dernières ne font pas l'objet d'une traçabilité.
- Ce projet (PVI) est-il évalué périodiquement ?			X		Les PVI ne sont pas réévalués annuellement et sont établis pour une durée supérieure à 1 an (jusqu'à 33 mois).

				Ecart N° 17 : La HAS recommande une réalisation des PVI, dans le délai maximum de 2 mois suivant l'admission, les objectifs et les prestations adaptées à la personne, à réactualiser annuellement. Seuls 50% des résidents ont un PVI personnalisés et réactualisés, il est demandé à l'établissement de poursuivre ce travail pour la totalité des résidents. De plus, la mission demande que soit assurée la traçabilité des réunions concernant les PVI.
3.1.1. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement		OUI	NON	CONSTATS
- Animation : un référent ? un programme ? - Le programme est-il structuré pour pouvoir associer l'ensemble du personnel (personnel de restauration, personnel d'entretien...), les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires (activité physique) ? - Continuité pendant les congés ?			X	Il y a 2 animatrices dans l'EHPAD, [REDACTED] L'application [REDACTED] est utilisée pour transmettre le programme des animations et les menus aux familles et résidents. Une conférence et un concert sont organisés par mois. Une des animatrices indique à la mission, que seule une vingtaine de résidents participent régulièrement aux activités. Il existe un planning d'animation affiché à plusieurs points stratégiques. Cependant il n'y a pas de programme d'animation spécifique pour l'UVP. Pour autant, certaines activités figurant sur le planning ne sont pas de réelles animations, pour exemple : « Les animatrices vous accueillent dans leur bureau », n'est pas en soit une animation. La mission relève qu'il n'a pas été mis en place de commission animation.

3.1.2 Séjour, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil	OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
- Affichage des documents de la loi 2002-2 (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...).			X	L'affichage de l'ensemble des documents de la loi 2002-2 est insuffisant, il manque : le contrat de séjour, le numéro d'appel signalément 3977 et le dernier compte rendu du CVS.
- Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? - Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la personne de confiance, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ? - Cf. Dossiers des résidents		X		La mission constate que les dossiers des résidents sont souvent incomplets (contrat de séjour, absence de carte vitale, PVI, les directives anticipées). La traçabilité de la proposition de désignation d'une personne de confiance ou la rédaction des directives anticipées n'apparaît pas dans chaque dossier. Ecart N° 18 : La mission préconise une meilleure tenue des dossiers des résidents et un affichage plus complet des documents de la loi 2002-2. Il est demandé de mettre en place une traçabilité de la proposition de désignation d'une personne de confiance ou de la rédaction des directives anticipées.
3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe				
- Modalités de constitution des équipes et contre-équipes? - Roulement entre les différentes unités de vie? - La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés - particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels?			X	Le planning souligne la présence de deux équipes constituées de soignants et de personnels paramédicaux. La constitution des plannings reste complexe en raison du nombre de postes vacants au sein de l'établissement et du recours à de nombreux vacataires.

				La mission constate l'absence d'uniformité des équipements individuels du personnel. Certains n'en disposent pas suffisamment et se retrouvent sous contrainte d'utiliser des équipements (blouses) au nom d'un autre salarié ne correspondant pas, de plus, à leurs qualifications. <u>Ecart N° 19 :</u> Les professionnels ne sont pas identifiables par leurs tenues (comme le recommande la HAS) afin de faciliter l'identification des professionnels par les résidents et leurs proches. La direction doit mettre en place différentes façons pour les résidents et leurs proches de repérer les professionnels. Elle doit informer les résidents et leurs familles de la répartition des rôles des professionnels au sein de l'établissement. Il est recommandé de mettre à jour autant que de besoin les organigrammes et de stabiliser, autant que faire se peut, les équipes autour des résidents.
--	--	--	--	--

3.2 Respect des droits des personnes accueillies		OUI	NON	EN PARTIE	CONSTATS
3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes					
-	Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge?		X		Il a été rapporté à la mission que le manque de personnel ne permet pas de faire la toilette de tous les résidents de manière quotidienne.
3.2.2 Alimentation /repas					
-	Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...)?	X			La mission a constaté que les repas sont pris dans des conditions satisfaisantes.

IV- SYNTHESE

La mission de Contrôle demande à l'établissement et au gestionnaire de bien vouloir renseigner et adresser au Conseil départemental des Hauts-de-Seine et à l'Agence régionale de santé, l'ensemble des mesures envisagées dans le cadre du contrôle de l'EHPAD Ferrari à Clamart du 28 novembre 2022 :

	Injonctions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Mettre en place une procédure d'astreintes de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD	L 311-7 et R.311-35 du CASF.	Ecart n° 4	Immédiat
2	Actualiser la composition du conseil de vie sociale, adopter son règlement intérieur, en établir conjointement son ordre du jour, transmettre les comptes rendus aux membres du CVS, afficher et communiquer aux résidents les relevés de conclusions signés.	L311-6, D311-4 à D311-20 , R. 331-10 du CASF	Ecart n° 5	3 mois
3	Mettre en place et s'assurer auprès des salariés de la bonne connaissance de procédures de déclarations des EIG, en présenter le bilan annuel en conseil de vie sociale et auprès des salariés. Organiser systématiquement une enquête sur les causes des EIG, proposer un plan d'actions, le faire connaître et l'évaluer	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF.	Ecart n°7 et 12	Immédiat
4	Vérifier les qualifications professionnelles des salariés exerçant au sein de l'établissement.	L312-1, II, 4° CASF (diplômes) et L133-6 CASF (casier judiciaire).	Ecart n°9	Immédiat

5	Assurer le respect du du secret médical et la sécurisation des données personnelles et médicales des résidents.	L. 311-3 du CASF L-1110-4 du CSP	Ecart n°11	3 mois
6	Actualiser les projets personnalisés et s'assurer qu'ils soient signés par le résident ou son représentant	L. 311-3 du CASF Article D.312-155-031 du CASF ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008	Ecart n°17	6 mois
	Prescriptions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Actualiser et établir un règlement de fonctionnement conforme aux dispositions du CASF.	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de fonctionnement)	Ecart n° 1	6 mois
2	Actualiser et établir un projet d'établissement conforme aux dispositions du CASF en intégrant une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle ainsi qu'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	L311-8 du CASF D312-155-4-1 du CASF	Ecart n° 2 et 3	6 mois
3	Afficher au sein de l'établissement l'ensemble des documents de la loi 2002-2	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)	Ecart n° 6	3 mois

4	Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de garantir la sécurité, le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies.	L 311-3 du CASF	Ecart n° 8 :	9 mois
5	Elaborer des plannings établis avec des personnels pérennes répondant aux qualifications requises pour permettre une prise en charge et un accompagnement de qualité.	L.311-3 1° CASF (Sécurité résident).	Ecart n° 10	3 mois
6	Procéder à un inventaire précis des biens issus de résidents décédés ou ayant quittés l'établissement. Rédiger une procédure clairement établie, lisible pour les résidents et familles du traitement donné à ces biens. Avoir un lieu de stockage dédié (retrait du mobilier des zones de circulation)		Ecart n° 13 :	3 mois
9	Assurer l'effectivité des prestations minimales prévues en EHPAD.	L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie et Article Annexe 2-3-1).	Ecart n° 15 :	Immédiat
10	Réaliser tous les investissements nécessaires pour adapter les locaux en vue de garantir la sécurité des usagers.	L.311-3 du CASF	Ecart n°14 et 16	9 mois
11	Assurer la traçabilité de la proposition de désignation d'une personne de confiance et de rédaction des directives anticipées, les comptes rendus des réunions de synthèse et le formulaire relatif aux directives anticipées soient bien présents et mis à jour dans le dossier de chaque résident.	L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP Circulaire DGAS/SDS n°2004-136 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil (LA) et HAS 2009	Ecart n°18	3 mois
12	Fournir au personnel des tenues permettant l'identification de leur fonction et de leur identité.		Ecart n°19	immédiat

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Il conviendrait de mettre à jour les organigrammes et listing du personnel.	Remarque n°1	2 mois
2	Il conviendrait de formaliser les rencontres avec les salariés par l'élaboration d'un ordre du jour et d'un compte rendu.	Remarque n° 2	2 mois
3	Il est demandé d'assurer une meilleure gestion des demandes de réparation.	Remarque n°3	2 mois

La cheffe de service Contractualisation, Tarification et Contrôle des établissements et services médico-sociaux	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale Agence régionale de santé d'Ile de France Délégation départementale des Hauts-de-Seine	Cadre chargée du contrôle et du suivi des établissements et services Conseil départemental des Hauts-de-Seine	Cadre chargée du contrôle et du suivi des établissements et services Conseil départemental des Hauts-de-Seine