

Cabinet de la Directrice générale

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale des Hauts de Seine

Conseil départemental des Hauts-de-Seine

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes – EHPAD Résidence Larmeroux
2 Ter Rue Aristide Briand
92 120 VANVES
N° FINESS 920710423**

**RAPPORT D'INSPECTION V1
N° 2024_89
Contrôle sur site le 18/07/2024**

Mission conduite par :

- [REDACTED], Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;

Accompagnée par :

- [REDACTED], Personne qualifiée, Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;
- [REDACTED], élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;
- [REDACTED], cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS - Pôle Solidarités, Direction de l'autonomie, Conseil départemental des Hauts-de-Seine
- [REDACTED], cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction de l'autonomie, 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 disjointer, 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.....	5
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	12
Animation et fonctionnement des instances.....	20
Gestion de la qualité	21
Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	22
Prises en charge.....	24
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	24
Respect des droits des personnes.....	26
Vie sociale et relationnelle.....	29
Vie quotidienne. Hébergement	31
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	34
Écarts	34
Remarques	35
Conclusion.....	37
Glossaire	38
Annexes	39
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés de l'inspection	40
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis	42

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, associant conjointement l'ARS et le Conseil départemental.

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 :

GOUVERNANCE

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

PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
7. Respect des droits des personnes
8. Vie sociale et relationnelle
9. Vie quotidienne - Hébergement

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 Larmeroux, situé au 2 Ter Rue Aristide Briand à Vanves (n°FINESS 920710423) 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.31313. 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 18 juillet 2024, sans annonce préalable à l'établissement.

Elle a été réalisée conjointement par l'ARS d'Ile-de-France et par 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 ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

PRISE EN CHARGE

6. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
7. Respect des droits des personnes
8. Vie sociale et relationnelle
9. 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 et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé au 2 Ter Rue Aristide Briand à VANVES (92120), l'EHPAD Résidence Larmeroux est géré par l'établissement social communal.

L'EHPAD Résidence Larmeroux dispose de 58 places en hébergement permanent dont 12 places d'unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV).

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale sur la totalité des places autorisées.

Selon les dernières validations des GIRAGE et PATHOS, le GMP s'élève à ■■■ (14/06/2022) et le PMP à ■■■ (21/06/2022). Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Au jour de l'inspection, le 18 juillet 2024, l'établissement accueille 53 personnes âgées, soit un taux d'occupation de ■■■ % (calculé à partir de la capacité autorisée de l'établissement).

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

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

Le budget de fonctionnement de cet EHPAD s'élève, en 2024, à [REDACTED] € au titre du soin, à [REDACTED] € au titre du forfait global dépendance dont [REDACTED] € pour la part du forfait global dépendance afférente au Département.

L'établissement étant habilité totalement, la section hébergement est administrée. L'allocation de ressources 2024 au titre de l'hébergement est de [REDACTED] € avec les tarifs journaliers suivants :

- Prix de journée résidents plus de 60 ans : [REDACTED] €.
- Prix de journée résidents moins de 60 ans hors UPHV : [REDACTED] €
- Prix de journée résidents UPHV : [REDACTED] €

L'établissement est autorisé à appliquer un tarif libre pour les résidents non admis à l'aide sociale à l'hébergement.

Une opération de travaux a été formalisée en 2022 et a fait l'objet d'une validation par les deux autorités de tarification et l'octroi de subventions d'investissement représentant [REDACTED] % du coût total des travaux, soit un montant de [REDACTED] € réparti à parts égales entre l'ARS et le Département.

Le projet de restructuration d'un montant de [REDACTED] € TTC vise à améliorer l'accompagnement des personnes accueillies et la qualité de vie au travail des salariés et prévoit :

- La transformation de 3 chambres doubles en chambres simples ;
- La mise aux normes de la cuisine de production ;
- L'étude préalable à la transformation de l'EHPAD Larmeroux ;
- Le renouvellement de la téléphonie et de l'appel malade ;
- Le renouvellement des chaudières à condensation.

Le CPOM a été signé le 21 décembre 2022. Ses principaux objectifs sont :

- La formalisation de partenariat avec les ressources sanitaires du territoire ;
- La sensibilisation et la formation des professionnels soignants aux grandes thématiques gériatriques ;
- La réalisation et la mise à jour des projets de vie individualisés ;

L'amélioration du repérage et du signalement des événements indésirables et événements indésirables graves ;

- La diminution des chambres doubles de 4 à 1.


L'EHPAD participe aux expérimentations suivantes :

- Continuité des soins en EHPAD / IDE de nuit financé par l'ARS

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Larmeroux		
Nom de l'organisme gestionnaire	Etablissement social communal		
Numéro FINESS géographique	92 071 042 3		
Numéro FINESS juridique	92 000 129 4		
Statut juridique	Public autonome		
Option tarifaire	Tarification globale		
PUI	Sans PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ²
	HP	58	53
	HT		
	PASA		
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100%		

	Année 2018	Année 2022
PMP Validé		
GMP Validé		

² 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	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ?	L'EHPAD résidence « Lammeroux » est un établissement public autonome. L'EHPAD est administré par un conseil administration présidé par le maire de la commune de Vanves.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?	L'établissement dispose d'une autorisation en date du 17 novembre 2008 transformant la résidence Lammeroux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour une capacité de 58 lits répartis en 48 chambres individuelles et 5 chambres doubles. L'EHPAD Lammeroux a signé en 2016 une convention constitutive de groupement de coopération social et médico-social (GSCMS) « PASAPAH 92 » avec d'autres établissements publics autonomes des Hauts-de-Seine avec pour objectif de coopérer, mutualiser, coordonner et développer leurs actions sur le territoire. Celle-ci a été approuvée par arrêté de la préfecture des Hauts-de-Seine n°2016-78 en date du 16 septembre 2016. Un arrêté en date du 7 avril 2022 porte autorisation de création d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) de 12 places au sein de l'EHPAD Lammeroux indiquant que l'EHPAD est géré par le groupement de coopération PASAPAH 92 alors que l'EHPAD est un établissement autonome. L'équipe d'inspection a constaté que 53 places sont réellement installées (51 chambres simples et 1 chambre double) sur les 58 places autorisées. 1 ^{er} étage : 32 lits soit 30 chambres simples et 1 chambre double (132-1 et 132-2) ;	Ecart n°1 : Le nombre de places installées ne correspond pas à la capacité autorisée. Remarque n°1 : L'arrêté d'autorisation de l'UPHV ne fait pas référence au bon gestionnaire de l'établissement.	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée" & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			<p>2^{ème} étage : 21 lits soit 21 chambres simples, dont 12 pour l'unité PHV « Camélia » (chambre 210 à 221).</p> <p>La liste des résidents transmise par l'établissement le jour du contrôle recense 53 résidents. Tous les résidents présents sont en séjour permanent. Sur les 12 personnes résidant au sein de l'UPHY, 4 sont temporairement absentes pour convenance personnelle.</p> <p>Le taux d'occupation est de ■■■ % sur la capacité autorisée, et de ■■■ % sur la capacité réellement installée.</p>		
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 ? (NB) selon moi, c'est une info à faire figurer simplement dans la "présentation" de l'EHPAD	<p>Un CPOM est en cours de validité pour la période 2022-2026. La mission constate que l'établissement n'a pas communiqué annuellement à l'IERRD l'évolution des objectifs définis au CPOM conformément à la fiche de suivi de contractualisation annexée au CPOM.</p>	Remarque n°2 : L'évolution des indicateurs CPOM n'est pas communiquée annuellement.	L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	L'établissement n'est pas concerné.		<p>Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM-13/12/2016)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RAPP																								
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, - 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 majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	<p>Selon l'ERRD 2023 déposé sur la plateforme CNSA et la liste des résidents présents au 18/07/2024, la population accueillie est répartie comme suit :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dépendance</th><th>GIR 1</th><th>GIR 2</th><th>GIR 3</th><th>GIR 4</th><th>GIR 5 et 6</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ERRD2023</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>18/07/2024</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>IDF 2022</td><td>14,46 %</td><td>41,51 %</td><td>19,59 %</td><td>17,95 %</td><td>2,54 %</td></tr> </tbody> </table> <p>L'évaluation GIR n'a pas été réalisée pour 3 résidents (2 ont une date d'entrée supérieure à 1 mois). ■ % des résidents présents bénéficiant d'une mesure de protection (curatelle, tutelle). ■ % bénéficiant de l'APA. ■ % de nouvelles demandes APA répertoriées par l'établissement sont à faire ou en cours. ■ % des résidents présents sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, dont ■ % des Hauts-de-Seine.</p> <p>Le fichier transmis indique 14 personnes dans la catégorie « UPHV » alors que l'unité PHV est autorisée pour 12 personnes. La mission s'interroge sur la facturation des frais de séjour à l'hébergement pour les 2 personnes supplémentaires identifiées « UPHV ».</p> <p>La liste des résidents sortis entre « juillet 2023 et juillet 2024 » comptabilise 14 personnes ayant quitté l'établissement dont 12 pour cause de décès, soit un renouvellement de ■ % des résidents sur un an.</p>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	ERRD2023						18/07/2024						IDF 2022	14,46 %	41,51 %	19,59 %	17,95 %	2,54 %	<p>Remarque n°3 : Les évaluations GIR de tous les résidents ne sont pas réalisées systématiquement dans le mois qui suit l'admission.</p> <p>Ecart n°2 : L'établissement recense 14 personnes référencées dans la catégorie « UPHV » alors que l'unité est autorisée pour 12 places.</p>	<p>D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") 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).</p>
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6																								
ERRD2023																													
18/07/2024																													
IDF 2022	14,46 %	41,51 %	19,59 %	17,95 %	2,54 %																								

Management et Stratégie


N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 ?	Le règlement de fonctionnement de l'établissement communiqué à la mission inspection indique qu'il sera présenté au conseil d'administration de l'EHPAD Lameroux en janvier 2023 après avis du CVS. D'après l'article 3 du règlement de fonctionnement, il est remis à chaque résident lors de son admission. La mission d'inspection n'a pas constaté son affichage dans l'établissement. Il est indiqué dans l'article 3.3 « Consultation du règlement de fonctionnement » qu'il est disponible à l'accueil, sur demande.	Ecart n°3: Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement.	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sécurité des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement comprend : - le respect des droits des personnes prises en charge - l'organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation - sécurité des personnes et des biens - les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle - les 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	Ecart n°4: Le règlement de fonctionnement ne précise pas les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement. Remarque n°4 : L'absence de référence aux temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels et évaluation des pratiques professionnelles ne respecte pas les exigences d'un règlement de fonctionnement complet.	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N° GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	L'établissement ne présente pas de projet d'établissement en cours de validité. Le dernier projet d'établissement formalisé date de 2012. Il a été validé par le conseil d'administration le 7 décembre 2012 et soumis à consultation du CVS le 13 décembre 2012. Le PV du CVS du 19/09/2023 mentionne un objectif de rédaction du projet d'établissement pour la période 2023-2027.	Ecart n°5 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en vigueur.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement de la période 2012-2017 reprend les volets prévus dans le CASF à l'exception des parties « management de l'EHPAD » et « bienveillance et prévention maltraitance ». Les projets de soins et d'animation sont intégrés à cette version du projet d'établissement.	Ecart n°6 : Le projet d'établissement ne reprend pas le volet « bienveillance et prévention maltraitance. » Remarque n°5 : Le projet d'établissement est incomplet ; le volet « management de l'EHPAD » n'est pas formalisé.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS* Anesm-HAS

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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	Deux documents ont été transmis par la direction de l'EHPAD. Le premier document est « Plan Bleu Canicule 2024 ». Il a été mis à jour le 23 mai 2024. Le document fait référence à l'organisation générale de l'EHPAD Larmeroux en cas de déclenchement du dispositif d'alerte sanitaire correspondant à un épisode de canicule. Il comprend les modalités de continuité d'activité et les modalités de la reprise d'activité. Le deuxième document est « Plan Bleu Version simplifiée ». Il a été rédigé en 2022 et actualisé en juin 2024. Le document fait référence à la procédure canicule et à la conduite à tenir pour les soignants selon les quatre types d'alerte (vert, jaune, orange, rouge) au cours des différentes heures de la journée.		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 tronc de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
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 ?	La directrice de site a pris ses fonctions [REDACTED] (arrêté de nomination [REDACTED]). Elle possède une fiche de poste dans laquelle ses missions sont identifiées. Un organigramme actualisé a été transmis à la mission d'inspection avec les noms des professionnels et le nombre d'équivalent temps plein. Il est également affiché dans l'établissement. Il comporte les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels.		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 (personnes qualifiées en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'éth et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHFAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	La direction a indiqué à la mission d'inspection qu'aucun échange dans le cadre d'un CODIR/ COMEX/ COPIL n'est formalisé. Des temps d'échange informels se tiennent entre les membres de l'équipe de direction (responsable des services techniques, responsable des services logistiques, responsable hôtelier, responsable RH et restauration). Cependant aucun planning, ni compte rendu de réunion ne sont formalisés.	Remarque n°6 : Les réunions de CODIR/COMEX/COPIL ne sont pas formalisées.	
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...	<p>Lors des différents entretiens, la mission d'inspection n'a pas eu connaissance de signes de conflit entre la direction et le personnel.</p> <p>D'après le rapport d'activité de 2023, l'absentéisme est en hausse passant de [REDACTED] en 2022 à [REDACTED] en 2023 ([REDACTED] concernant les accidents du travail).</p> <p>[REDACTED] des effectifs sont stables (titulaires ou CDI) contre [REDACTED] en 2022. L'établissement poursuit sa politique de fidélisation du personnel pour assurer une stabilité de l'équipe. Sur l'exercice 2023, une baisse du recours aux vacataires dans les services de soins est constaté. Le nombre d'heures de vacation sur 2023 est en diminution de [REDACTED].</p> <p>Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis septembre 2023.</p> <p>Lors des entretiens, la mission d'inspection n'a pas été informée d'affaires prud'homales ni d'évaluation des risques psychosociaux menées depuis 2022. Un baromètre social a été réalisé en octobre 2023 permettant de cibler les points d'attention.</p> <p>Les dernières élections du personnel ont eu lieu en 2022. Le CSE se réunit au minimum 4 fois dans l'année. Des bilatérales avec la direction sont organisées en cas de difficultés.</p>		L311-3-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.5	Management et Stratégie	<p>Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ?</p> <p>- fréquence et modalités ?</p> <p>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</p> <p>Existe-il une modalité de contact en urgence ?</p>	<p>L'EHPAD ne relève pas d'un organisme gestionnaire, il s'agit d'un EHPAD public autonome dont le conseil d'administration est présidé par le Maire de la commune de Vanves.</p> <p>Par ailleurs, l'EHPAD Lameroux a conclu une convention de direction commune avec l'EHPAD Sainte-Emilie prenant effet le 1^{er} octobre 2021.</p> <p>La Directrice est placée sous autorité hiérarchique du chef d'établissement de la direction commune. L'ensemble des personnels de direction ainsi que l'IDEC et le cadre de santé interviennent sur les deux sites sans mutualisation. Des discussions sont menées sur l'ensemble des domaines (finances, RH, projets).</p> <p>La directrice a pris ses fonctions de directrice d'établissement de Sainte-Emilie le 1^{er} janvier 2012. A la suite de la convention de direction commune signée entre l'EHPAD Lameroux et l'EHPAD Sainte-Emilie, elle est devenue chef d'établissement de la direction commune [REDACTED]</p> <p>La directrice de site, a pris ses fonctions [REDACTED] (arrêté de nomination [REDACTED] comme directrice déléguée sur le site de Vanves. La directrice exerce comme directrice adjointe de la direction commune et est en charge des Ressources Humaines.</p> <p>Il existe une fiche de poste de directrice adjointe, cohérente avec la délégation accordée.</p> <p>La directrice est en charge du service RH sur l'ensemble de la direction commune. En tant que directrice déléguée de l'EHPAD Lameroux, elle assure la coordination et la direction de projets à mettre en œuvre sur le site de Vanves. La fiche de poste précise que la directrice de site est en charge de piloter le projet de réorganisation interne des moyens de l'EHPAD.</p>		<p>D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)</p>
1.2.2.6	Management et Stratégie	<p>Date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>ETP du directeur au sein de l'EHPAD ?</p> <p>Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?</p> <p>Est-elle cohérente avec les délégations accordées ?</p> <p>Quel est le champ de compétences du directeur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 			<p>L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)</p>

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?			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) Cirulaire DGAS/ATTS/AD 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 ?	Les astreintes sont formalisées sur un planning et assurées 1 week-end sur 5 par la directrice, la directrice adjointe, l'IDEC, le responsable technique et le responsable logistique. Les astreintes sont mutualisées entre les 2 EHPAD Lameroux et Saint-Emilie. L'équipe d'inspection n'a pas connaissance d'une procédure de validation lorsque des décisions particulières doivent être prises la nuit en urgence. Le planning de garde et les rapports de garde ont été remis.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	A 8h50, la mission d'inspection a été accueillie par l'agent d'accueil qui a informé la direction. La directrice de site s'est présentée à l'équipe d'inspection à 9h15. La directrice de la direction commune est arrivée à 9h30.		
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 ?	La délégation est formalisée par écrit par décision du 15 mai 2023. La délégation porte sur l'ensemble des affaires relevant de la compétence de la directrice de site en qualité de directrice des Ressources Humaines de la direction commune et directrice du site de l'EHPAD résidence Lameroux à Vanves, et de l'effet à signer au nom de la directrice. L'article 3 indique que cette délégation sera portée à la connaissance du conseil d'administration sans précision donnée sur la date. L'article 4 indique que cette délégation sera portée à la connaissance de la délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence Régionale de Santé et aux tiers par affichage au sein de l'établissement.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pot du CA -> directeur)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat	Références juridiques et RBPP
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	L'article 1 ^{er} de la décision du 15 mai 2023 autorise la subdélégation de signature de la directrice à son adjointe dans le cadre de son absence ou en cas d'empêchement, ainsi que durant la période des gardes administratives, pour tout acte relatif à la gestion courante administrative et financière des établissements de la direction commune.		D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'EHPAD dispose d'un IDEC. [REDACTED] L'IDEC indique disposer d'un diplôme [REDACTED] [REDACTED] La direction n'a pas transmis le diplôme de l'IDEC à l'équipe d'inspection.	Remarque n°7 : La direction n'a pas transmis le diplôme de l'IDEC.	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) L4311-2 du CASF
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 ?	L'IDEC indique à l'équipe d'inspection avoir reçu sa fiche de poste en 2021. La direction a transmis une fiche de poste d'IDEC datant de 2018 qui n'est pas signée par les deux parties.	Remarque n°8 : La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée par les deux parties.	
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un médecin coordonnateur ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du médecin coordonnateur est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le médecin coordonnateur assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	L'EHPAD ne dispose pas de temps de médecin coordonnateur depuis septembre 2023. Une offre a été publiée, mais peu de candidatures ont été réceptionnées. Une médecin prescripteur intervient dans l'établissement, il suit 40 résidents et valide les dossiers médicaux sans assister aux visites de pré-admission.	Ecart n°7 : Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis septembre 2023.	D312-156 du CASF (ETP médecin coordonnateur)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le médecin coordonnateur est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de médecin coordonnateur en EHPAD - ou/ou des capacités de gérontologie validées dans le cadre de la formation médicale continue - ou/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	[REDACTED]		D312-157 CASF (diplôme médecin coordonnateur) et D312-159-1 CASF (contrat du médecin coordonnateur) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération médecin coordonnateur)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.17	Management et Stratégie	Le médecin coordonnateur et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions ?	Sans objet		D312-159-1 CASF (Contrat médecin coordonnateur) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat médecin coordonnateur est médecin traitant)
1.2.3.5	Management et Stratégie	<p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA 	<p>Les affichages suivants sont présents et visibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <p>Les affichages suivants ne sont pas affichés dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA 		<p>L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)</p>

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	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 ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?	Le Conseil de la vie sociale est en place. Les dernières élections datent du 22 juin 2022. La composition est conforme à la réglementation. Le règlement de fonctionnement de l'établissement communiqué à la mission inspection indique qu'il sera présenté au conseil d'administration de l'EHPAD Larmeroux en janvier 2023 après avis du CVS. Le CVS se réunit tous les mois et demi. Il est proposé à tous les résidents d'y participer. L'animatrice y participe systématiquement. Des comptes-rendu ont été transmis à l'équipe d'inspection.		D311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS) Résident/famille -> à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS) R331-10 CASF (informer CVS des E/R et dysfonctionnement)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des E/R et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctives mises en œuvre ?	Les E/R et dysfonctionnements au sein de l'établissement n'apparaissent pas sur les ordres du jour des CVS (2022, 2023, 2024) transmis par la direction à l'équipe d'inspection. Dans un compte-rendu de réunion CVS de septembre 2023, le représentant des résidents évoque des délais d'attente sur les appels malade allant jusqu'à 45 minutes voire 1 heure. La mission d'inspection a effectué plusieurs tests d'appels-malade, tous ces tests sont restés sans réponse. La direction a informé le CVS de septembre 2023 de cette obsolésence et de la nécessité de renouveler l'ensemble de l'installation pour 2024. Le jour de l'inspection, la direction a informé la mission qu'aucun travail ne serait réalisé sur l'année 2024.	Ecart n°8 : Le CVS n'est pas informé des E/R et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD. Ecart n°9 : Le système d'appels-malade est défectueux ce qui contrevient à la sécurité des résidents.	

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	Au jour de l'inspection, aucun référent n'est nommé.	Remarque n°9 : Aucun référent n'est identifié sur les différentes thématiques notamment sur la bientraitance.	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Aucun protocole ou procédure n'est formalisé sur les signalements en cas d'agression. Les autorités n'ont pas eu connaissance de cas de maltraitance identifiés par l'établissement.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signaant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-système	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? <p>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? 	<p>La directrice réceptionne et consigne les événements indésirables signalés dans un tableau intitulé « suivi des signalements ». Ce tableau recense 13 événements indésirables entre 2022 et 2024. Une colonne de ce tableau indique que 5 d'entre eux ont fait l'objet d'une déclaration aux autorités (4 en 2022 et 1 en 2023).</p> <p>Ce tableau de suivi ne correspond pas aux EI réceptionnés par les autorités. En effet, les autorités ont été destinataires de 4 événements indésirables entre 2022 et 2024, 2 réceptionnés en 2022 et 2 en 2023.</p> <p>Par ailleurs, aucune déclaration n'est liée à l'accompagnement des résidents. Le jour de l'inspection, la mission a été informée de chute ayant conduit à une hospitalisation la semaine précédente. L'évènement n'a pas été déclaré aux autorités.</p> <p>Ce tableau « suivi des signalements » ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité des événements indésirables graves, ni du suivi apporté pour chaque événement.</p> <p>Aucun recensement et suivi des réclamations/plaintes résidents/familles n'est constaté. Aucun bilan des réclamations et signalement n'est formalisé.</p>	<p>Ecart n°10 : La déclaration des événements graves aux autorités est partielle et incomplète.</p> <p>Remarque n°10 : Il n'existe pas de système d'enregistrement permanent de réclamation et de plaintes.</p>	L.331-B-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente)

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	<p>Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ?</p> <p>Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p> <p>Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?</p>	<p>Des fiches de signalement d'événement indésirable sont disponibles en libre service à l'accueil. Elles peuvent être utilisées par un visiteur, une famille, un professionnel, un résident.</p> <p>Une procédure de signalement et réclamations existe.</p> <p>La mission a pu constater que les professionnels ne sont pas formés à l'identification et la classification des événements indésirables.</p> <p>Au travers des entretiens menés, la mission a constaté, que les remontées d'événements sont majoritairement effectuées à l'oral en interne auprès de la directrice adjointe.</p>	<p>Ecart n°11 : Les professionnels ne se sont pas appropriés la procédure de déclaration d'événement indésirable.</p>	<p>L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'état 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)</p>
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ?</p> <p>Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont-elles mises en œuvre ?</p> <p>Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Des retours sont-ils faits aux déclarants ?</p>	<p>La mission n'a pas trouvé de trace du suivi et de l'analyse des événements indésirables.</p> <p>Le jour de l'inspection, la mission peut conclure qu'il n'y a pas de réelle démarche de gestion des risques et des événements indésirables au sein de l'établissement.</p>		<p>L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008</p>
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ?</p> <p>- ARS - CD - Procureur de la République</p> <p>Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?</p>	<p>La procédure de signalement datant de février 2022 est incomplète ; elle ne rappelle pas la définition des EIG, réclamations en référence au CASF et ne permet pas de définir quel type d'EIG doit être déclaré, ni comment signaler un événement selon sa nature, avec quel outil et par quelle voie remonter l'information aux autorités de contrôle.</p>		<p>L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)</p>

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-système	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constaté/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 ?	Tous les résidents ne sont pas référés à un accompagnant ou à un soignant. La mise en œuvre des PVI est l'une des missions de la psychologue pour les résidents de l'EHPAD classique, et l'une des missions de l'éducatrice pour les résidents de l'UPHV. PVI sont à jour dont 1 réévalué en 2023 et 1 réévalué en 2024. PVI ne sont pas réévalués dont 1 PVI de plus de 12 mois à la date de l'inspection. Pour les résidents de l'EHPAD classique, les réunions de PVI ont lieu à l'initiative de la psychologue mais le rythme n'est pas déterminé. Ces échanges dont le formalisme n'a pas été communiqué à la mission rassemble la psychologue, l'IDEC, l'animatrice et les soignants le cas échéant. A défaut la psychologue recherche les éléments par échange direct auprès des soignants. Le compte-rendu des réunions est accessible sur [REDACTED]. A l'admission de nouveaux résidents, l'animatrice apporte un petit cadeau et le journal mensuel de la résidence. L'animatrice rencontre le nouveau résident pour connaître ses	Remarque n°11 : Des résidents admis en 2022 et 2023 ne disposent pas de PVI.	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 personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			goûts et reçoit des informations orales de la psychologue. Elle l'invite également à venir en activité.		
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, réduction ?	<p>L'IDEC réalise deux fois par semaine des points informels avec le médecin prescripteur afin d'échanger sur l'activité médicale.</p> <p>La mission constate l'absence de réunion de synthèse entre l'IDEC et les soignants. Il n'existe pas de réunion d'informations et de formations réalisées par l'IDEC, ni de réunion thématiques.</p> <p>Des rappels de bonnes pratiques sont réalisés de manière informelle par l'IDEC.</p>	Remarque n°12. Les réunions de synthèse et d'étude de cas ne sont pas formalisées ni retranscrites.	<p>D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles</p> <p>HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018</p>
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ?</p> <p>Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?</p>	<p>Quatre médecins traitants interviennent au sein de l'EHPAD pour le suivi des résidents. Un médecin prescripteur intervient pour le suivi de 40 résidents. La mission a pu constater la présence sur site du médecin prescripteur le jour de l'inspection.</p> <p>La mission a été destinataire du contrat de travail du médecin prescripteur. Il exerce ses fonctions [REDACTED] sur l'EHPAD Lameroux. [REDACTED] Son contrat précise qu'il devra se coordonner avec les autres médecins intervenant au sein de l'EHPAD pour assurer une permanence de suivi médical notamment pendant les</p>		<p>D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux)</p> <p>L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD)</p> <p>D312-158 2° CASF (missions du MedCo)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			périodes de congé. Le contrat de travail a été signé par les 2 parties le 6 septembre 2022.		
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Les temps de transmissions interéquipes sont-ils planifiés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) - Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ? 	<p>Des temps de transmissions de 15 minutes sont programmés entre les équipes soignantes de nuit et de jour, et sont pilotés par l'infirmier coordonnateur.</p> <p>Sur la fiche de tâches « soins » transmise par la direction à l'équipe d'inspection, trois temps de transmission sont indiqués à 8h30, 15h et 20h.</p> <p>Les transmissions sont écrites sur le logiciel [REDACTED]</p>		<p>L. 311-3-4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p>R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique)</p> <p>R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</p>

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 ?	Les familles sont associées grâce à la présence de représentants des familles au CVS. Une boîte aux lettres placée à l'accueil permet aux familles de déposer des messages. Un journal mensuel d'information est transmis aux familles.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
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 ?	L'arrêté relatif à la charte des droits et libertés est affichée sur le panneau d'information du hall d'entrée. Néanmoins l'affichage réglementaire n'est pas à jour puisque ne sont pas affichés les documents suivants : - Règlement de fonctionnement - Le numéro vert 3977 - La liste des personnes qualifiées - Les comptes-rendu des CVS Le livret d'accueil et ses annexes n'ont pas été communiqués.	Ecart n°12 : L'affichage réglementaire n'est pas respecté (règlement de fonctionnement, numéro 3977, la liste des personnes qualifiées et les CR des CVS)	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 ?	La liste des personnes qualifiées désignées par arrêté du 1 ^{er} avril 2015 (arrêté en vigueur) n'est pas affichée. L'établissement affiche seulement les coordonnées du défenseur des droits.		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	L'IDEC et la psychologue informent des possibilités de désignation lors des entretiens d'admission sans formalisme. Sur les 5 dossiers administratifs de résidents analysés, seul un dossier présente un formulaire de désignation complété identifié comme étant l'annexe 17 du dossier, mais signé par la seule personne de confiance et non par le résident.	Remarque n°13 : Le formulaire de désignation de la personne de confiance n'est pas systématiquement utilisé.	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 ?	Sur les 5 dossiers administratifs de résidents analysés, aucun ne présente de document d'information relatifs aux directives anticipées, formulaire dit annexe 18 du dossier.	Remarque n°14 : Le formulaire relatif à la possibilité de rédiger des directives anticipées, conservées au dossier de soins, n'est pas présent au dossier administratif.	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, ...	La liste des résidents présente le nom, la chambre et la photographie.		
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements Principales catégories de risques possibles : Juridique : Maltraitance			
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	L'établissement dispose d'un coffre.		L472-5, 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 RGPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer (UVP, ...)	<p>L'établissement dédié aux activités d'animation en direction des résidents des unités classiques (hors UPHV). Une animatrice est chargée de l'animation depuis 2015. Elle intervient du lundi au vendredi. Elle est secondée par une salariée qui intervient les après-midi du lundi au vendredi. Le week-end, l'équipe de soins des unités est chargée des activités.</p> <p>Au sein de l'unité PHV, l'éducatrice présente, est en charge des animations. L'animatrice fournit le matériel à l'unité PHV ainsi que les impressions papiers nécessaires. Les résidents des unités PA et de l'unité PHV participent à certaines animations de façon conjointe telles que les activités culinaires (crêpes) et les fêtes d'anniversaire le dernier jeudi du mois. n'est pas remplacée. L'éducateur de l'EHPAD Sainte Emilie intervient parfois.</p> <p>Les activités d'animations réalisées font l'objet d'un affichage et d'articles dans le journal mensuel de l'établissement « le canard déchainé » distribué en version papier aux résidents et diffusé par courriel aux familles (pas de numéro en juillet et août). Le programme mensuel des activités est en dernière page du journal.</p> <p>Les animations récurrentes concernent notamment 4 fois par semaine une activité quotidienne de pliage des serviettes et bavoirs qui ont été lavés et repassés en lingerie dite « atelier petites mains », des jeux de société (loto, domino, scrabble...), de logique et de mémoire, des ateliers créatifs comme les décorations en l'honneur des JOP Paris 2024, la visite des enfants de la crèche et des visites au sein d'un autre EHPAD de la commune. Les casques de réalité virtuelle mis à disposition par le Conseil départemental sont également utilisés.</p>	<p>Remarque n°15: Au sein de l'UPHV, en cas d'absence de l'éducatrice, le relai en matière de prise en charge éducative et d'animation n'est pas organisé de façon formelle.</p>	<p>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)</p>

			<p>A l'entrée près de l'accueil, un panneau est dédié à l'affichage des informations du service animation. Il présente les animations du mois et de la semaine en cours, ainsi qu'une information sur le représentant des résidents au CVS. Une affiche indiquant les animations (mention manuscrite et images) du mois est présente sur un mur de la salle polyvalente.</p>		
3.3.2.2	<p>Vie sociale et relationnelle</p>	<p>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... ?</p>	<p>Le projet d'établissement n'est pas actualisé. Il a été rédigé en 2012 pour la période 2012-2017. Il dispose d'un volet animation dans lequel un état des lieux est décrit ainsi que des axes d'amélioration. Un plan d'actions présente 5 actions.</p> <p>Lors des périodes de congés, la continuité des activités d'animation n'est pas assurée de façon formelle au sein de l'UPHV.</p>		

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	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 restauration est organisée en liaison froide par le prestataire [REDACTED]. Le menu du jour est affiché au rez-de-chaussée près de l'ascenseur. Le menu de la semaine n'est pas affiché et la mise en place de commission menu n'est pas indiquée. La restauration ne fait pas l'objet d'une enquête spécifique mais cette thématique est intégrée à l'enquête annuelle en direction des résidents et des familles. Les résultats de l'enquête 2023, menée sur 29 résidents, indiquent que la cuisine fait partie des 3 points faibles de l'établissement. Parmi les repas, le petit déjeuner apporte plus de satisfaction que les déjeuner et dîner. L'enquête de satisfaction des résidents 2024 n'a pas pu être consultée le fichier n'étant pas disponible. En revanche l'enquête famille 2024 fait état d'une satisfaction globale de la restauration sauf pour la prestation proposée pour partager un repas avec son entourage.	Remarque n°16 : Le menu de la semaine n'est pas affiché. Remarque n°17 : La commission menu n'est pas installée.	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Le plat de substitution n'est pas affiché mais il est proposé en cas de refus du plat principal par les résidents. Le jour de l'inspection des aiguillettes de poulet et des aubergines sont proposées à la place du chili con carne. Au sein de l'UPHV le menu n'est plus affiché mais annoncé vers 11h45 aux résidents par l'accompagnant. Le menu n'est plus affiché car l'affiche était régulièrement attachée par les résidents.	Remarque n°18 : Le plat de substitution n'est pas affiché	

N°IGAS	Sous-système	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complet d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché,...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse,...) ?	Le jour de l'inspection, la fiche d'information des régimes et texture des repas n'est pas positionnée à son emplacement dans la salle de restauration. Elle sera réclamée par l'IDEC, en poste depuis janvier 2021, auprès du personnel de cuisine et sera rapidement remplacée dans la partie « véranda » qui accueille les résidents les plus dépendants ayant besoin d'une aide au repas. Cette fiche datée du 14 juin 2024 indique selon un code couleur, les résidents (nom et numéro de chambre) en régime mixé complet, viande hachée uniquement, eau gélifiée/épaississant, eau gazeuse. Elle ne présente pas la photographie des résidents concernés.	Remarque n°19 : Le repérage des résidents par photographie n'est pas utilisé.	L311-3-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	A la lecture des fiches de tâches des accompagnants de jour et de nuit, les repas sont servis selon les horaires suivants : - Petit-déjeuner en chambrées à 8H30 - Déjeuner en salle de restauration au rez-de-chaussée ou en salle de vie UPHV à 12H00 - Le goûter à 15h30 - Dîner en salle de restauration, en chambrées ou salle de vie PH à 18H00 La fiche de distribution de la collation de nuit n'a pas été communiquée et la fiche de tâches des aides soignants de nuit ne fait pas mention d'une distribution de collation. Le jeûne nocturne est de 14H30. En salle de restauration, les repas sont servis à l'assiette à partir d'un chariot de maintien au chaud des plats, que le commis de cuisine déplace de table en table. Les plans de table sont affichés : un plan de table pour la partie « grande salle » et un plan de table pour la partie « véranda ». La photographie des résidents n'est pas	Ecart n°13 : Le jeûne nocturne est supérieur 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 EIR	Références juridiques et RBPP
			présenté sur le plan de table. Un chevalet avec le nom des résidents n'est pas présent sur les tables. Lors de l'observation des repas, des résidents ont indiqué ne pas avoir choisi leur place à table.		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission	Référence
E1	Le nombre de places installées ne correspond pas à la capacité autorisée.	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)
E2	L'établissement recense 14 personnes référencées dans la catégorie « UPHV » alors que l'unité est autorisée pour 12 places.	D313-15 du CASF
E3	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement.	R311-34 du CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
E4	Le règlement de fonctionnement ne précise pas les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement.	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
E5	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en vigueur.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans)
E6	Le projet d'établissement ne reprend pas le volet « Bienveillance et prévention maltraitance. »	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans)
E7		D312-156 CASF (ETP médecin coordonnateur)
E8	Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD.	R331-10 CASF (informeur CVS des EI et dysfonctionnement)
E9	Le système d'appels-malade est défaillant ce qui contrevient à la sécurité des résidents.	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge)
E10	La déclaration des événements indésirables graves aux autorités est partielle et incomplète.	L.331-8-1 CASF (déclaration EI à l'autorité compétente)
E11	Les professionnels ne se sont pas appropriés la procédure de déclaration d'évènement indésirable.	Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)

E12	L'affichage réglementaire n'est pas respecté (règlement de fonctionnement, numéro 3977, la liste des personnes qualifiées et les CR des CVS)	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour)
E13	Le jeûne nocturne est supérieur à 12h.	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne)

Remarques

N°	Liste des remarques relevés par la mission	
R1	L'arrêté d'autorisation de l'UPHV ne fait pas référence au bon gestionnaire de l'établissement	
R2	L'évolution des indicateurs CPOM n'est pas communiquée annuellement.	
R3	Les évaluations GJR de tous les résidents ne sont pas réalisées systématiquement dans le mois qui suit l'admission.	
R4	L'absence de référence aux temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels et évaluation des pratiques professionnelles ne respecte pas les exigences d'un règlement de fonctionnement complet.	
R5	Le projet d'établissement est incomplet : le volet « management de l'EHPAD » n'est pas formalisé.	
R6	Les réunions de CODIR/COMEX/COPIL ne sont pas formalisées.	
R7	La direction n'a pas transmis le diplôme de l'IDEC.	
R8	La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée par les deux parties.	
R9	Aucun référent n'est identifié sur les différentes thématiques notamment sur la bientraitance.	

R10	Il n'existe pas de système d'enregistrement permanent de réclamation et de plaintes.
R11	Des résidents admis en 2022 et 2023 ne disposent pas de PVI.
R12	Les réunions de synthèse et d'étude de cas ne sont pas formalisées ni retranscrites.
R13	Le formulaire de désignation de la personne de confiance n'est pas systématiquement utilisé.
R14	Le formulaire d'information relatif à la possibilité de rédiger des directives anticipées, conservées au dossier de soins, n'est pas présent au dossier administratif.
R15	Au sein de l'UPHV, en cas d'absence de l'éducatrice, le relai en matière de prise en charge éducative et d'animation n'est pas organisé de façon formelle.
R16	Le menu de la semaine n'est pas affiché.
R17	La commission menu n'est pas installée.
R18	Le plat de substitution n'est pas affiché.
R19	Le repérage des résidents par photographie n'est pas utilisé.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Laremroux a été réalisée le 18 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

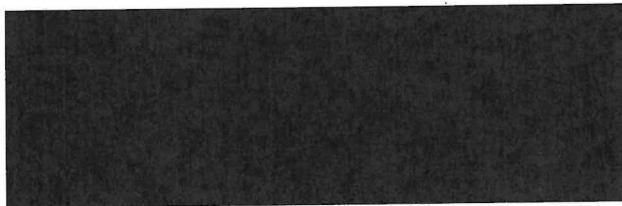
La mission d'inspection a relevé un certain nombre d'écart à la réglementation et des remarques sur le fonctionnement de l'établissement au niveau de :

- La gouvernance :
 - o Sur la conformité aux conditions de l'autorisation
 - o Sur le management et la stratégie
 - o Gestion des risques et de la qualité
- La prise en charge
 - o Sur le respect du droit des personnes
 - o Sur l'organisation de la prise en charge
 - o Et sur la vie quotidienne / hébergement

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

Nanterre, le 10 OCT. 2024

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
Coordinatrice de la mission d'inspection,
délégation des Hauts de Seine de l'ARS IDF

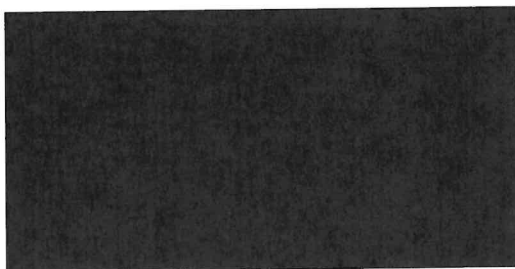


Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESMS,
Pôle Solidarité,

Direction de l'autonomie, Conseil départemental
des Hauts-de-Seine



Personne qualifiée,
Délégation départementale des Hauts-de-Seine,



Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESMS,
Pôle Solidarité,

Direction de l'autonomie, Conseil départemental
des Hauts-de-Seine

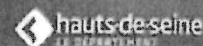


Glossaire

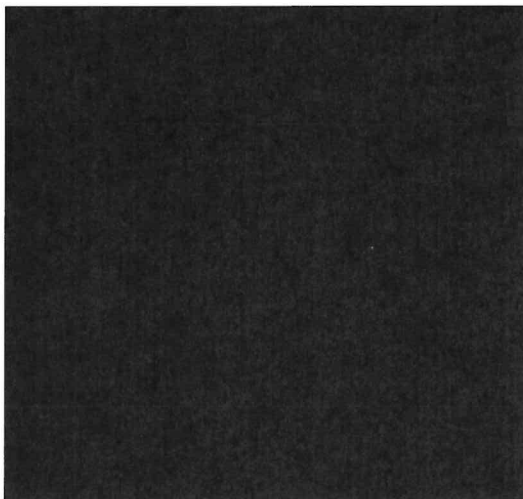
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission 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 de l'inspection



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



Nanterre, le 02 juillet 2024

Mesdames,

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 ARS¹.

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 de l'EHPAD Résidence Larmeroux (FINESS 920710423) situé 2 rue Aristide Briand, à Vanves (92170) qui sera menée conjointement par l'ARS et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

¹ Document IGAS sur les Orientations nationales de contrôle pour 2023 validé par le CNP du 9 décembre 2022 :

- « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en deux ans » (pages 21 à 29) ;
- « Contrôle de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents EHPAD » (pages 10 à 15)

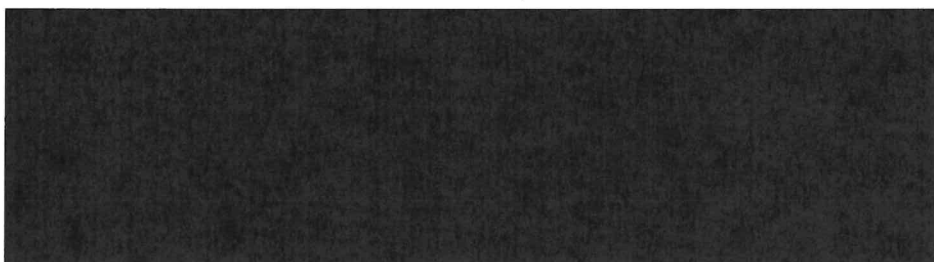
Cette mission d'inspection réalisée sur le fondement de l'article L.313-13, III du code de l'action sociale et des familles, a pour objet de vérifier :

La gouvernance :

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

La prise en charge :

5. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
6. Respect des droits des personnes
7. Vie sociale et relationnelle
8. Vie quotidienne et hébergement.



Cette inspection s'effectuera de façon inopinée à compter du 18 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 la Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France,

Le directeur de la délégation départementale
des Hauts-de-Seine

La Directrice de l'Autonomie,
Pôle Solidarités du Conseil Départemental
des Hauts-de-Seine



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



18/07/2024
EHPAD LARMEROUX

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.	Copie papier	A compléter par la direction
A	Liste nominative des résidents admis avec le nom, prénom et l'étage à ce jour	2 copies papier + BLUEFILES	
B	Liste nominative des professionnels ce jour 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.	Copie sur BLUEFILES ou consultation	A compléter par la direction
C	Planning nominatif des salariés présents ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont les vacataires	1 copie papier + BLUEFILES	
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie papier + BLUEFILES	
E	Un plan des locaux	1 copie papier + BLUEFILES	
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie papier + BLUEFILES	
G	Liste des résidents sortis depuis juillet 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	

A remettre ce jour :

Dans le cadre du contrôle, il vous est demandé de transmettre l'ensemble des documents listés par dépôt via l'outil partagé BLUEFILES.

Chaque document devra commencer par : « EHPAD Larmeroux » et sera déposé à l'attention de Madame Maud ROUAN.

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 : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations			
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin(s) prescripteur(s) et de l'IDEC	BLUEFILES	
2	Fiche de poste 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	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	BLUEFILES	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	BLUEFILES	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	BLUEFILES	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	BLUEFILES	
7	Calendrier des astreintes Direction, médical et soignant depuis le 1 ^{er} juillet 2023	BLUEFILES	
8	Planning des CODIR EHPAD réalisés en N-1 et N et les CR	BLUEFILES	
9	Planning des CODIR avec l'OG réalisés en N-1 et N et les CR	BLUEFILES	
10	CR des réunions d'équipes des 6 derniers mois	BLUEFILES	
11	Projet d'établissement	BLUEFILES	
12	Projet de soins	BLUEFILES	
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	BLUEFILES	
14	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD N-1 (Art R. 314-232 CASF)	BLUEFILES	
15	Liste nominative des personnels <u>CDD des 18 derniers mois</u>	BLUEFILES	
16	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	BLUEFILES	
17	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings des 3 mois réalisés mai, août et décembre 2023 + planning prévisionnel du mois en cours Précision de la légende des sigles utilisés	BLUEFILES	
18	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N+1, attestations des formations suivies	BLUEFILES	
19	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	BLUEFILES	
20	Les fiches de délégation de tâches	BLUEFILES	

21	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	BLUEFILES	
22	Livret d'accueil des nouveaux résidents	Consultation	
23	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	
24	Livret d'accueil des nouveaux salariés	Consultation	
25	Procédure d'accueil des nouveaux salariés	Consultation	
26	Registres des délégués du personnel	Consultation	
27	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	
28	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)	Consultation	
29	Liste nominative des résidents le jour de l'inspection 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 92 et hors 92, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	BLUEFILES	
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance			
29	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	BLUEFILES	
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés ces trois dernières années en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	BLUEFILES	
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	BLUEFILES	
32	CR des réunions des CVS des deux dernières années et coordonnées de ses membres et des représentants des familles + le PV des résultats élections du CVS	BLUEFILES	
33	CR de l'analyse de la dernière enquête de satisfaction	BLUEFILES	
34	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	BLUEFILES	
35	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
36	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
37	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2022) ;	Consultation	
38	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
39	Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques	Consultation	



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr