

Direction départementale des Hauts-de-Seine

Conseil Départemental des Hauts-de-Seine

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

« Champfleury » (EHPAD)

12 rue Jules Hetzel, 92310 Sèvres

N° FINESS 92 080 2162

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2022_IDF_00335

Déplacement sur site le 7/12/2022

Mission conduite par :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED], médecin désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;
- [REDACTED], Personne qualifiée, Direction de l'Autonomie, ARS ;
- [REDACTED], cadre chargé du contrôle et du suivi des ESMS – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie, désignée sur le fondement de l'article L133-2 du code de l'action sociale et des familles par le Conseil Départemental des Hauts de Seine ;
- [REDACTED], référent budgétaire – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie, désignée sur le fondement de l'article L133-2 du code de l'action sociale et des familles par le Conseil Départemental des Hauts de Seine ;

Textes de référence

- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 1421-1 à L. 1421-6 du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

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 :

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de 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.

SOMMAIRE

1	SYNTHÈSE	5
2	CONSTATS.....	7
3	INTRODUCTION.....	8
3.1	Contexte de la mission d'inspection.....	8
3.2	Modalités de mise en œuvre.....	8
3.3	Présentation de l'établissement.....	9
4	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	12
4.1	Organigramme de l'établissement	12
4.2	L'encadrement des équipes	13
4.3	La situation des effectifs.....	14
4.4	L'organisation du travail	15
4.4.1	Tenue des dossiers RH et accueil des nouveaux salariés	15
5	LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE.....	24
5.1	Les documents de la loi 2002-2	24
5.2	Le nombre et le profil des résidents accueillis	28
5.3	Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	28
5.4	La communication avec les familles et le CVS	30
5.5	La gestion des réclamations et des événements indésirables	30
5.6	La politique de bientraitance / Prévention de la maltraitance	33
6	DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE.....	42
6.1	Les prestations hôtelières	42
6.2	La restauration et la nutrition	43
6.3	L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique	44
7	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE.....	50
7.1	Les locaux et installations dédiés aux soins	50
7.2	Les missions du médecin coordonnateur	51
7.3	Les soins individuels	53
7.4	Prise en charge médicamenteuse	54
7.5	Qualité et gestion des risques.....	56
8	CONCLUSION	57
	GLOSSAIRE	59
	ANNEXES	61
	Annexe 1 : Lettre de mission	61
	Annexe 2 : Lise des documents sollicités par la mission d'inspection.....	63

Annexe 3 : Liste des écarts et remarques relevés et formulés par la mission d'inspection	71
---	-----------

1 SYNTHÈSE

Éléments déclencheurs de la mission

La parution du livre « *Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS Ile de France et le Conseil Départemental des Hauts de Seine, au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débuté le 9 février 2022 prend en compte prioritairement les axes suivants :

- 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 ;
- 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 ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance ;
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents.

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 gestion des ressources humaines : la conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, le taux d'absentéisme et le recours à l'intérim, la formation, la prévention des risques professionnels, la gestion des dossiers du personnel ;
- Le respect des droits des résidents : le nombre et profils des résidents, les modalités d'accueil et d'accompagnement, les modalités de prise en compte et de traitement de

leurs demandes, la communication avec les familles et CVS, la gestion et le suivi des événements indésirables graves.

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante : la qualité et la sécurité du soin, le circuit du médicament, l'organisation des soins, les transmissions inter-équipes, la politique en faveur de la bientraitance.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux.

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

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement, des résidents et deux familles.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection avec le personnel et les représentants de la direction qui ont su se rendre disponible.

L'ensemble des documents demandés a pu être transmis le jour même, certains autres récupérés, dans les jours qui ont suivis la mission.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Le contrôle a identifié des écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles dont les principaux sont :

- o L'EHPAD, construit il y a 40 ans présente un cadre bâti dans un état médiocre avec des espaces personnels mal adaptés à la population accueillie avec des tailles de chambres restreintes ;
- o L'EHPAD dispose de 2 bâtiments éloignés de 100 mètres (unité principale et unité secondaire) ;
- o Des procédures sont élaborées par le siège Arpavie mais ne sont pas personnalisées à Champfleury ;
- o Le turn over de l'équipe d'encadrement est très important depuis plusieurs années ;

- L'effectif aide-soignant et infirmier est majoritairement en CDD ;
- Le poste de médecin coordonnateur n'est pas pourvu depuis 2 ans ;
- La procédure de déclaration des événements indésirables (EI) n'est pas appropriée par les équipes
- Les déclarations d'EIG ne font pas l'objet d'une remontée systématique aux autorités de contrôles ;
- Le niveau d'équipement informatique est à améliorer (pas de wifi dans les chambres des résidents notamment) ;
- Les outils de la Loi 2002-2 ne sont pas suffisamment actualisés ;

Toutefois, la mission relève que des opportunités sont à saisir pour l'EHPAD Champfleury :

- La présence récente d'une nouvelle équipe d'encadrement est une réelle opportunité pour améliorer la qualité de l'accompagnement et faire évoluer les pratiques ;
- Le délai de réponse aux appels malades a été satisfaisant le jour de l'inspection ;
- La surveillance et l'aide aux repas ont été satisfaisants le jour de l'inspection ;
- Le suivi nutritionnel des résidents est satisfaisant ;
- Des fragilités dans l'organisation ont été identifiées par la direction (transmissions, planning) ;
- Les animations proposées aux résidents sont nombreuses et diversifiées, malgré une offre insuffisamment lisible.

2 CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

Consignes de lecture :

La grille est renseignée de la façon suivante : O pour oui ou conforme, N pour Non ou non conforme.

Écart : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

Remarque : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

Références réglementaires et autres références

Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Code de la santé publique (CSP)

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), notamment de la Haute Autorité de Santé (HAS).

3 INTRODUCTION

3.1 Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Champfleury » situé 12 rue Jules Hetzel, 92310 Sèvres, qui appartient au groupe Arpavie.

La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

Aussi, la directrice générale de l'ARS et le président du conseil départemental des Hauts-de-Seine ont-ils diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

3.2 Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13 V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée des personnes suivantes :

Pour sa composante ARS :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission d'inspection,
- [REDACTED], médecin désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'ARS d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique,
- [REDACTED], Personne qualifiée, Direction de l'Autonomie ;

Pour sa composante Conseil départemental des Hauts-de-Seine :

- [REDACTED], Cadre chargé du contrôle et du suivi des ESMS – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie, désignée sur le fondement de l'article L 133-2 du CASF par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine,
- [REDACTED], Référent budgétaire – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie – désignée sur le fondement de l'article L 133-2 du CASF par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine,

Le contrôle a été effectué, sur place, de manière inopinée, le 7 décembre 2022 de 9 h 04 à 18 h 45.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces et sur place¹. Au cours de la journée d'inspection, la mission a rencontré le directeur, des personnels administratifs, hôteliers et soignants.

Outre l'entretien avec la direction, la mission a mené des entretiens avec plusieurs membres du personnel : infirmière coordinatrice, animatrice, second de cuisine, directeur adjoint. Elle s'est également entretenue avec un représentant du conseil de la vie sociale (CVS) nouvellement élu et a échangé avec deux familles, soit au total 8 entretiens.

Elle a procédé à l'examen d'un échantillon de dossiers du personnel, de dossiers des résidents et de dossiers médicaux.

À l'issue de cette journée d'inspection, une réunion de synthèse s'est déroulée en présence du directeur, d'un médecin d'appui du siège, de l'infirmière coordinatrice (IDEC).

De plus, les jours suivants, la mission a recueilli par téléphone, le témoignage de deux familles.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection avec le personnel et les représentants de la direction générale, qui ont su se rendre disponibles.

La mission a eu accès aux documents et dossiers demandés, bien que l'ensemble des documents demandés n'a pu être remis le jour-même. Toutefois, ils ont été transmis dans les jours qui ont suivi la mission, ainsi que d'autres non demandés initialement, sans difficulté particulière et dans les délais.

3.3 Présentation de l'établissement

L'EHPAD Champfleury est géré par l'association Arpavie située 8 rue Rouget de Lisle, 92130 Issy-Les-Moulineaux.

Ouvert le 19 mai 1981, l'EHPAD Champfleury dispose de 138 places en hébergement permanent.

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

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il est doté d'une unité de vie protégée (UVP) de 16 places.

Selon l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) 2021 et le rapport d'activité médical annuel (RAMA), le GIR (Groupe Iso-Ressources) Moyen Pondéré (GMP) s'élève à [REDACTED] (validé au 11 avril 2018) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) à [REDACTED] (validé au 25 juin 2018). Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 112 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Champfleury, 2021	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF2	18%	40%	18%	17%	7%

¹ Liste des documents sollicités par la mission d'inspection en annexe 2

² Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARSIF), Tableaux de Bord (TDB) de la performance, Campagne 2016, EHPAD
Agence régionale de santé Île-de-France
Rapport d'inspection n° 2022-IDF-00335

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante au 7 décembre 2022 :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis et girés	GMP moyen
Rez-de-Chaussée	Berlioz		
Rez-de-Chaussée	Debussy		
Rez-de-Chaussée	UVP		
1er étage	Balzac		
1er étage	Molière		
1er étage	Ronsard		
2ème étage	Cézanne		
2ème étage	Gauguin		
2ème étage	Renoir		

L'établissement accueille 117 résidents, 4 résidents ont été admis entre le 18 octobre et le 28 novembre 2022 et dont le GIRage n'a pas été transmis au 13 décembre 2022.

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED] € à l'ERRD 2021, dont :

- [REDACTED] € au titre de l'hébergement,
- [REDACTED] € au titre de la dépendance et
- [REDACTED] € au titre du soin.

Le budget de fonctionnement prévisionnel inscrit à l'EPRD 2022 est de [REDACTED] €, dont :



- [REDACTED] € au titre de l'hébergement,
- [REDACTED] € au titre de la dépendance et
- [REDACTED] € au titre du soin.

Le forfait global dépendance pour l'année 2022 arrêté par le Conseil Départemental en date du 21 décembre 2021 pour l'établissement est de : [REDACTED] €. La part du forfait global dépendance versée par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine pour l'année 2022 pour les altoséquanais est de [REDACTED] €.

Le CPOM du groupe Arpavie sur le périmètre des Hauts-de-Seine, a été signé le 22 mai 2019, pour prise d'effet au 1^{er} janvier 2019. Ses principaux objectifs sont :

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	CHAMPFLEURY		
Nom de l'organisme gestionnaire	ARPAVIE		
Numéro FINESS géographique	920802162		
Numéro FINESS juridique	920030186		
Statut juridique	ASSOCIATIF		
Option tarifaire	PARTIEL		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	138	138
	HT	-	-
	PASA	-	-
	UHR	-	-
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	30 places		

	Année 2018
PMP Validé	
GMP Validé	

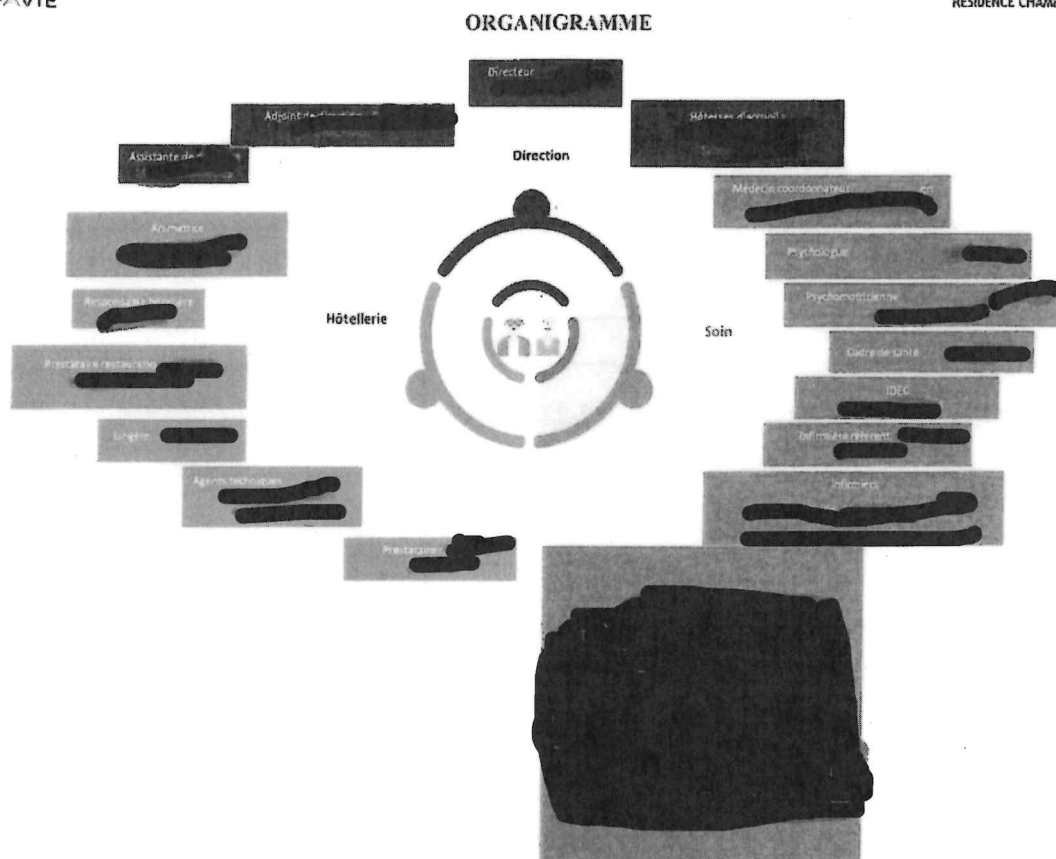
³ Au jour du contrôle sur place

4 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

4.1 Organigramme de l'établissement

ARPAVIE

RESIDENCE CHAMPFLEURY - 2022



L'organigramme fait état :

- Pour la partie direction : d'un directeur, d'un adjoint de direction, d'une assistante de direction, de deux hôtesse d'accueil ;
- Pour la partie soins : d'une psychologue, d'un cadre de santé, d'une infirmière diplômée d'Etat coordinatrice, d'une infirmière référente, de [REDACTED] infirmiers, de [REDACTED] agents de soins ;
- Pour la partie technique : de [REDACTED] agents techniques, d'une lingère, d'une responsable hôtelière, de [REDACTED] animatrices ;

Au niveau technique, les prestations ménage sont assurées par un sous-traitant, tout comme la restauration.

Le total est donc de [REDACTED] Equivalents Temps Plein (ETP).

La mission constate que l'organigramme transmis ne permet pas de connaître les liens hiérarchiques et fonctionnels des salariés de l'EHPAD.

Remarque n° 1 :

La mission constate que l'organigramme actuel ne fait pas apparaître distinctement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents salariés de l'EHPAD.

4.2 L'encadrement des équipes

Un livret d'accueil du groupe Arpavie pour les nouveaux salariés fournit les informations suivantes sur l'établissement :

- La présentation du groupe Arpavie ;
- L'accès à la résidence ;
- Une présentation de l'EHPAD ;
- Le personnel encadrant (référént en charge de l'accueil notamment) ;
- L'organigramme ;
- Le règlement intérieur de la structure ;
- Les instances internes à l'établissement ;
- Le projet de l'établissement comprenant :
 - o Le projet de vie ;
 - o Le projet de soins
 - o Le projet d'animation ;
 - o Le projet de restauration ;
 - o Le projet ayant trait à la Gestion des Ressources Humaines.
- Des renseignements pratiques (l'accueil des salariés, les horaires, les vestiaires, les repas) ;
- Des informations relatives aux ressources humaines telles que la formation ;
- Des points de vigilance (bienveillance, hygiène).

Un livret « Pocket » est également remis au salarié et reprend les principales règles de vie pratique, de communication et les différents lieux et salles de la résidence.

Ces deux documents donnent les informations générales nécessaires à une prise de poste.

Toutefois, la mission s'est entretenue avec deux soignantes, l'une formant l'autre, alors qu'elles exerçaient normalement à des étages différents, alors que cet accueil aurait pu être réalisé par un autre professionnel de l'étage si un protocole d'accueil des nouveaux salariés existait. En complément des livrets d'accueil remis, l'absence de procédure d'accueil des vacataires et des nouveaux salariés ne facilite pas leur intégration à la structure et leurs adaptations aux usagers qu'ils accompagnent et est susceptible d'affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.

Remarque n°2 :

En l'absence d'un protocole d'accueil des nouveaux salariés, les professionnels sont parfois amenés à quitter leur poste de travail pour accompagner les nouveaux arrivants.

Référence : HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n°4.2.1- « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et mieux s'adapter aux usagers qu'il accompagne »).

Pour un effectif de 1 ETP, plusieurs postes sont en cours de recrutement : le médecin coordonnateur (MEDCO), la psychomotricienne et 2 postes d'infirmiers.

Il y a au total 1 aides-soignantes par jour (soit 1 pour le rez-de-chaussée, soit 1 pour le 1^{er} étage, 1 pour le deuxième étage, et 1 pour l'unité de vie protégée).

Pour le rez-de-chaussée, l'amplitude horaire des aides-soignantes est de 12h (6h30-18h30) avec 2 heures de pause sur la journée (10h-10h30 et 13h-14h30). D'autres travaillent de 8h à 20h et les horaires de l'aide-soignante volante sont de 9h à 21h.

Pour le 1^{er} étage, les horaires sont de 7h à 19h avec 2 heures de pause (de 10h15 à 10h30 et de 13h à 14h45) ; ou 8h à 20h et de 9h à 21h pour l'aide-soignante volante.

Pour le 2^{ème} étage, l'amplitude horaire est selon les ailes de 8h à 20h, avec 2 heures de pause (de 10h30 à 11h et de 14h30 à 16h) ; ou de 7h à 19h, et de 9h à 21h pour l'aide-soignante volante.

Il y a systématiquement une pause de 15 à 30 minutes le matin et de 1h30 à 1h45 le midi ou en début d'après-midi.

La nuit, les horaires sont de 20h45 à 6h45, ou de 21h à 7h, sans pause.

Concernant l'ouverture et la fermeture de l'EHPAD au public, il y a systématiquement un encadrant du lundi au vendredi à l'ouverture à 8h et à 21h pour la fermeture. Il y a également un encadrant le week-end.

Il existe des fiches heurées pour les aides-soignantes de jour et de nuit.

Au 1^{er} semestre 2023 sont prévues des formations de gestes et soins d'urgence soignants et non-soignants, une formation « parcours bientraitance » et une formation sur les plaies et cicatrisation. Au 2^{ème} semestre 2023, est prévue une formation « parcours hygiène ».

Aucune formation sur les événements indésirables graves n'est prévue à ce jour.

4.3 La situation des effectifs

Au jour de l'inspection, la situation des effectifs par type de contrat est la suivante :

- Direction : 1 directeur et 1 Adjoint de direction en CDI
- Assistante de direction : 1 CDI
- Agent de soins : 1 CDD et 1 CDI
- Aide médico-psychologique : 1 CDI
- Aide-soignant : 1 CDD et 1 CDI
- Animateur : 1 CDI
- Assistant de soins en gérontologie : 1 CDI
- Auxiliaire de vie sociale : 1 CDI
- Cadre de santé : 1 CDI
- Comptable d'établissement : 1 CDI

- Employé de buanderie : ● CDI
- Hôtesse d'accueil : ● CDI
- Infirmière coordinatrice : ● CDI
- Infirmier : ● CDD et ● CDI
- Ouvrier d'entretien : ● CDI
- Psychologue : ● CDI
- Responsable SIRH et données sociales : ● CDI
- Responsable hôtelier : ● CDI

La mission constate que les postes d'infirmiers, d'aide soignants, et d'agents de soins sont les moins stables avec ●% de CDD en moyenne sur ces 3 profils, dont près de ●% de CDD sur les postes d'aides-soignants.

4.4 L'organisation du travail

4.4.1 Tenue des dossiers RH et accueil des nouveaux salariés

La mission a fait un échantillonnage de six dossiers administratifs du personnel avec des professionnels à la fois anciens dans l'établissement (2012) et d'autres plus récents (2022), en CDI et CDD, pris au hasard dans la liste des salariés.

La tenue de ces dossiers administratifs sur cet échantillon s'avère de qualité inégale et pourrait être améliorée.

Ils sont composés de 6 pochettes de couleurs distinctes pour différencier :

- La situation civile,
- La formation initiale et complémentaire,
- La situation administrative,
- Les notations,
- Les maladies et accidents de travail / absences diverses,
- La validation de services / retraite,
- Courriers et Notes.

Dans les dossiers vérifiés par la mission, sur six, deux ne comprennent pas de traçabilité concernant la vérification du casier judiciaire.

Remarque n°3 :

L'établissement bien que vérifiant systématiquement le casier judiciaire des futurs salariés à l'embauche en leur demandant une copie du bulletin n° 2, en référence à l'article L.133-6 du CASF, cette étape ne fait pas l'objet d'une traçabilité conservée dans le dossier administratif de l'agent.

Par ailleurs, sur les six dossiers contrôlés, tous les diplômes des salariés étaient présents.

Il est à noter que la gouvernante, précédemment employée en qualité d'aide-soignante, occupe maintenant les fonctions de gouvernante. Toutefois, son dossier administratif n'a pas été mis à jour, ce dernier garde trace de son diplôme d'●●●●● sans y adjoindre ses

diplômes et/ou formations complémentaires prouvant sa compétence au poste actuellement occupé.

Alors que ces six salariés ont suivi des formations en étant en poste dans l'établissement, seuls deux des six dossiers possèdent les attestations afférentes.

Remarque n°4 :

Les attestations de formation ne sont pas toutes présentes dans les dossiers administratifs des salariés.

Aucun dossier ne possède de fiche de poste nominative, et seulement quatre d'entre eux ont un document intitulé « Profil de poste » type, provenant du groupe Arpavie, en fonction de chaque métier, non nominatif, non personnalisé, ni signé.

Remarque n°5 :

Aucune fiche de poste nominative n'a été retrouvée dans les dossiers administratifs des salariés.

Quatre dossiers sur six n'ont pas de copie d'Entretiens Professionnels Annuels (EPA) signés par le salarié. L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne favorise pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement, la reconnaissance et la valorisation des compétences de chaque professionnel.

Remarque n°6 :

Nombre de salariés n'ont pas de supports d'évaluation dans leurs dossiers.

Grille de contrôle/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.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES					
<ul style="list-style-type: none"> -Le jour J⁴, la direction de l'EH PAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? <p>Cf. Entretien avec l'équipe de direction</p>	O O			<p>Le jour J, le directeur est présent de 9h30 et jusqu'au départ de la mission à 18h45.</p> <p>Le directeur de l'EH PAD « Champfleury » dispose d'une délégation de pouvoirs, mais il est mobilisé sur les sujets RH (plannings et recrutement), mais sans procédure spécifique concernant la permanence de direction.</p> <p>Le directeur dispose du diplôme mention [redacted] de [redacted] nécessaire afin d'exercer ses fonctions en toute légalité.</p> <p>Il existe un planning d'astreintes qui mobilise l'ensemble l'équipe de direction les week-ends.</p> <p>Le directeur déclare que le maillage d'Arpavie est important dans le secteur et qu'en cas d'absence prolongée un directeur, un directeur d'un autre site peut être amené à faire l'intérim.</p> <p>La proximité avec la résidence des Terrasses de Meudon est aussi utilisée en cas de besoin ponctuel et le numéro du directeur de Meudon et celui du directeur territorial est à disposition des encadrants en cas de besoin et d'impossibilité à joindre le directeur.</p> <div> Remarque n°7 : Il n'existe pas de procédure spécifique concernant l'organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur. </div>	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS4D n°2007-179 du 30/04/2007

⁴ Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?	O			<p>L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dispose des diplômes et certifications nécessaires afin de mener à bien ses missions (directeur comme indiqué ci-dessus, adjoint de direction, IDEC, médecin intervenant sur la résidence). L'adjoint de direction est titulaire du Master « L'IDEC est diplômée du 1^{er} cycle d'études d'infirmière de l'Ecole supérieure de santé</p>	D. 312-155-0 II du CASF et D312-155-0-1 si PASA et D 312-155-0-2 si UHR
<p>Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ?</p> <p>Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ?</p> <p>Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?</p> <p>- Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?</p> <p>- Permanence/astreinte médicale formalisée ?</p> <p>Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? :</p> <p>- DU de Médecin coordonnateur en EHPAD</p> <p>- et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue</p> <p>- et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.</p>			E	<p>Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis février 2022. Le directeur médical adjoint interviendrait pour pallier la vacance du poste à raison de à 0,2 ETP par semaine.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>Ecart N°1 :</u></p> <p>Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis février 2022, le directeur médical adjoint vient pallier pour 0,2 ETP par semaine. L'établissement ne possède pas de médecin coordonnateur titulaire et le directeur médical adjoint est détaché à moins de 0,8 ETP, ce qui ne satisfait pas à l'article L. 312-156 du CASF.</p> </div> <p>Le directeur médical adjoint déclare être en possession d'une capacité de gériatrie.</p>	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
<p>Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?</p> <p>- Permanence/astreinte médicale formalisée ?</p>	O			<p>La fiche de poste du MEDEC est existante. Il n'y a pas de MEDEC dans l'établissement, donc pas de diplôme ni de contrat de travail au jour de l'inspection.</p> <p>Il n'y a pas de procédure en matière d'astreinte médicale</p> <p>Le médecin référent du groupe du fait de sa présence limitée, semble ne pas avoir un regard suffisant sur la prise en charge des résidents. Les dossiers étudiés comportent des synthèses médicales mais celles-ci ne garantissent pas l'actualisation de l'ensemble des dossiers médicaux</p>	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
<p>- Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?</p> <p>- Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?</p>				<p>L'IDEC occupe ce poste et dispose d'un diplôme d'Etat valide afin d'exercer ses missions sur le territoire de France métropolitaine.</p> <p>Une fiche de poste générique existe sur le poste d'IDEC.</p> <p>L'IDEC maîtrise bien ses missions et est très bien organisée.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
- Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste ⁵ et dossier RH type, remise de documents : RF ...				<p>Un livret d'accueil des salariés fournit des informations sur l'accès à la résidence, la présentation de l'établissement, le personnel encadrant, l'organigramme, le règlement intérieur, le projet de l'établissement (projet de vie, projet de soins, projet animations projet de restauration, projet GRH), les enseignements pratiques (l'accueil des salariés, les horaires, les vestiaires, les repas), les informations relatives au travail et les points de vigilance (bienveillance, hygiène).</p> <p>Un livret « Pocket » est également remis au salarié et reprend les principales règles de vie pratique, de communication et les différents lieux et salles de la résidence.</p> <p>L'AMP, lors de l'entretien, a mentionné un staff/débriefing pour les professionnels nouveaux arrivants.</p>	

⁵ Par ex. : travail en double, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF ...

2. LA SITUATION DES EFFECTIFS

Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?				Il existe un planning des aides-soignantes de jour, ainsi qu'un planning des aides-soignantes de nuit. Les plannings sont exclusivement réalisés via l'outil [REDACTED].	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?				L'adjoint de direction a une fonction RH et effectue le suivi des salariés présents et absents.	
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?					
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).				<p>Il y a au total [REDACTED] aides-soignantes par jour (soit [REDACTED] pour le rez-de-chaussée, soit [REDACTED] pour le 1^{er} étage, [REDACTED] pour le deuxième étage, et [REDACTED] pour l'unité de vie protégée).</p> <p>Pour le RDC, l'amplitude horaire est de 6h30 à 18h30 avec 2 heures de pause sur la journée (10h-10h30 et 13h-14h30), ou de 8h à 20h et de 9h à 21h pour l'AS volante.</p> <p>Pour le 1^{er} étage, l'amplitude horaire est de 7h à 19h avec 2 heures de pause de 10h15 à 10h30 et de 13h à 14h45 ; ou 8h à 20h, voire de 9h à 21h pour l'AS volante.</p> <p>Pour le 2^{ème} étage, l'amplitude horaire est selon les ailes de 8h à 20h, avec 2 heures de pause de 10h30 à 11h et de 14h30 à 16h ; de 7h à 19h, ou de 9h à 21h pour l'AS volante.</p> <p>Il y a systématiquement une pause de 15 à 30 minutes le matin et de 1h30 à 1h45 le midi ou en début d'après-midi.</p> <p>La nuit, les horaires sont de 20h45 à 6h45, ou de 21h à 7h, sans pause.</p> <p>Les ratios de personnel inscrits à l'ERRD 2021 sont inférieurs à l'EPRD 2021 et aux taux cibles du CPOM pour l'ensemble des catégories de personnel AS, IDE, psychologue</p>	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning				<p>Les absences pour congés, maladie, formation, récupération sont prévues.</p> <p>Pour les absences imprévues, l'adjoint de direction indique qu'il mobilise son réseau et trouve un aide-soignant remplaçant très rapidement.</p>	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?				<p>Le réseau permet à l'adjoint de direction de trouver une remplaçante de manière immédiate pour le jour J.</p> <p>Remarque N°8 : En l'absence de l'adjoint de direction, il n'existe aucune procédure pour remplacer le personnel absent de façon inopinée.</p>	

Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?			Sur les profils aide-soignant la mission a dénombré : AS de jour = <input type="checkbox"/> CDI et <input type="checkbox"/> CDD ; AS de nuit = <input type="checkbox"/> CDI et <input type="checkbox"/> CDD le mois courant L'IDEC, l'adjoint de direction sont en contrat à durée indéterminée à temps plein. Le directeur est également en CDI sous le format du forfait annuel jours (210 jours travaillés par an)	
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heureées pour les personnels de jour ? de nuit ?			Deux dossiers ne contiennent ni fiche de poste nominative ni fiche de poste « Profil de poste » du groupe Arpavie. Il existe des fiches de poste génériques mais non nominatives. Il existe des fiches de tâches heureées pour les personnels de jour et de nuit. Remarque N°9 : Les membres de la mission ont constaté à l'étude des dossiers RH qu'aucune fiche de poste n'était individualisée ni signée.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? Entretiens avec le directeur/le DRH			Diplômes et contrats de travail figurent dans les <input type="checkbox"/> dossiers RH examinés par la mission.	
Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?			L'AMP déclare faire des heures supplémentaires. Elle déclare l'existence de staffs briefings sur les dossiers pour les nouveaux résidents.	Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe

3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL					
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?				Le directeur n'a pas connaissance de remontées de ses personnels concernant des difficultés liées aux risques psycho-sociaux.	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?				Les plannings sont réalisés via l'outil Excel par l'adjoint de direction.	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?				Le temps de chevauchement est au mieux de 15 minutes, dans la mesure où les aides-soignantes de nuit travaillent de 20h45 à 6h45 ou de 21h à 7h, et les AS de jour partent au maximum à 21h.	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?				Les transmissions s'effectuent via le logiciel [REDACTED] Il existe des temps de transmissions quotidiennes. En début d'après-midi Transmission / réunion formations/ sensibilisations / avec l'ensemble des équipes. Un temps de transmission oral inter-équipe nuit/jour est prévu dans les fiches de poste AS et IDE le matin à 6h30-6h45, à 19h45 entre l'IDE qui termine à 20h et l'équipe AS (9h-21h) et à 20h45 entre l'AS (8h-21h) et l'AS de nuit (20h45-6h45)	
Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bien-être, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?				Les formations au sein de l'EHPAD sont réalisées par les internes en médecine générale et ces derniers ont à leur disposition des supports de formation.	L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008

<p>L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ?</p> <p>Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?</p> <p>Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... 					<p>L'AMP déclare avoir des formations en interne par Arpavie et avoir bénéficié en juin 2022 d'une semaine de formation en externe par un organisme traitant des soins bucco-dentaires de la sexualité.</p> <p>Cette formation a été réalisée dans le cadre de sa VAE.</p> <p>Les agents déclarent la disponibilité constante du nouveau directeur 7j/7 depuis son arrivée en mars 2022</p> <p>mentionne un événement indésirable cet été, lors du décès d'un des résidents. Elle s'est retrouvée dans l'impossibilité de contacter un médecin pour la signature d'un constat de décès et de ne pouvoir contacter une astreinte médicale du groupe ARPAVIE. Le médecin directeur du groupe réfléchirait à une procédure pour pallier ce type d'événement indésirable.</p> <p>Ecart N° 2 :</p> <p>Il est arrivé que le médecin traitant soit injoignable pour la signature du constat de décès, et il n'a pas été possible non plus d'avoir recours au médecin de l'astreinte médicale du groupe Arpavie.</p>
<p>Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?</p>					<p>La mission a constaté que toutes les prescriptions sont accompagnées de la mention « aide à la vie courante ».</p> <p>La mission rappelle que cette mention n'est possible que lorsque la personne est autonome, c'est à dire est capable de reconnaître son médicament et d'alerter quand elle ne le reconnaît pas.</p> <p>Or cette mention aide à la vie courante a été retrouvée par exemple pour une personne nécessitant une expertise psychiatrique et une autre présentant une maladie de type Alzheimer à un stade sévère.</p> <p>Remarque N° 10 :</p> <p>Toutes les prescriptions sont accompagnées de la mention « aide à la vie courante ».</p>

5 LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIEN-ETRE

5.1 Les documents de la loi 2002-2

Le livret d'accueil est construit sur un même modèle pour l'ensemble des EHPAD de l'association.

Il est composé de plusieurs chapitres présentant : l'association ARPAVIE, la résidence Champfleury et ses tarifs, les grandes étapes de l'arrivée du résident (formalités administratives, état des lieux d'entrée, aménagement, accueil le 1^{er} jour), son cadre de vie, les interlocuteurs de Champfleury, les instances de représentation de l'établissement, les intervenants extérieurs, les droits et libertés, les aides financières, les informations concernant la protection des données à caractère personnel ainsi qu'un chapitre relatif à la sécurité.

L'équipement des chambres est indiqué dans le livret et mentionne la composition du trousseau de linge fourni par l'établissement et les modes de traitement du linge.

Le système de sécurité et d'appel malade résident est également précisé dans le livret d'accueil et son fonctionnement y est décrit et rappelé au résident à son arrivée.

Des services coiffure, pédicurie, esthétique sont mentionnés. Ils sont réalisés par l'établissement et les tarifs de ces prestations sont actualisés et affichés. Un salon de coiffure est par ailleurs situé au 1^{er} étage comme précisé dans le livret d'accueil.

Concernant les droits des usagers, le livret d'accueil fait référence à :

- La possibilité de désigner une personne de confiance avec la remise d'une notice jointe au contrat de séjour,
- La possibilité pour la personne de rédiger ses directives anticipées,
- La possibilité d'avoir recours à une personne qualifiée en cas de différend,
- La possibilité d'avoir recours au médiateur de la consommation,
- La possibilité d'avoir recours au numéro national de signalement de maltraitance 3977,
- La possibilité de recueillir des réclamations sur un support dédié,
- Le conseil de la vie sociale (CVS) et à son rôle,
- La politique d'utilisation de données personnelles et précise les coordonnées du délégué à la protection des données Arpavie : cil@arpavie.fr,
- Les autorités ARS et conseil Départemental sont citées en tant qu'autorités de tarification pour la validation des évaluations internes et externes et autorités légalement habilitées pour la transmission de données à caractère personnel.

Remarque N° 11 :

Le livret d'accueil n'est pas actualisé régulièrement par l'établissement et ne comporte pas de date d'applicabilité.

La charte des droits et libertés est annexée au contrat de séjour. Elle est par ailleurs affichée dans l'établissement (rez-de-chaussée) et remise aux résidents lors de leur entrée.

Un contrat de séjour, type Arpavie existe mais sa date d'actualisation n'est pas mentionnée sur le document imprimé. Il présente l'ensemble des prestations liées à l'hébergement, à la dépendance et aux soins et précise les conditions de séjour.

Le contrat de séjour prévoit un dépôt de garantie (p. 6) équivalent à 30 jours de tarif socle de prestations, restitué dans un délai de 30 jours après l'état des lieux de sortie et la remise des clés, sauf en cas de dégradation ou de créances dues.

Il prévoit également la possibilité d'avoir recours à une personne qualifiée ou au médiateur de la consommation en cas de litige ou de contentieux avec l'établissement. Une notice explicative (annexe 10) mentionnant les conditions de saisine est annexée au contrat de séjour.

Remarque N° 12 :

Le contrat de séjour ne comporte pas de date d'actualisation et d'applicabilité.

Le règlement de fonctionnement date de 2021. Il est remis à chaque résident à l'entrée et affiché dans l'établissement. Il précise la garantie des droits et libertés individuelles des personnes accueillies, notamment le respect de la sécurité et de la liberté d'aller et venir, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, le droit du maintien des liens familiaux amicaux et sociaux, le droit à l'expression de la personne, de sa famille de son représentant légal. Il indique également le fonctionnement de la résidence ainsi que les règles de la vie collective et d'utilisation des locaux. Il précise notamment les modalités d'association des familles et de renouvellement du Conseil de Vie Sociale (CVS) et la fréquence des réunions (trois fois par an au moins).

Remarque N° 13 :

A compter du 1^{er} janvier 2023, le règlement de fonctionnement doit préciser les nouvelles modalités de composition élargies du CVS conformément au décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant sur l'élargissement et la composition du CVS.

Ecart N° 3 :

Le règlement de fonctionnement n'est pas approuvé par le CVS conformément à l'article R311-34 du CASF.

Le projet d'établissement 2021-2026 date de 2020. Il a été rédigé par un comité de pilotage pluridisciplinaire coordonné par la directrice. Plusieurs ateliers de travail ont été menés et un référent par atelier a été nommé pour animer les groupes et faire remonter les éléments au comité de pilotage du projet d'établissement. Les projets d'animation et de soins ont été menés en ateliers réduits sans la participation des familles. Le projet d'établissement présente un

projet de prise en charge spécifique selon le type d'accueil et public accueilli. La trame du projet d'établissement est identique à l'ensemble des établissements du groupe ARPAVIE.

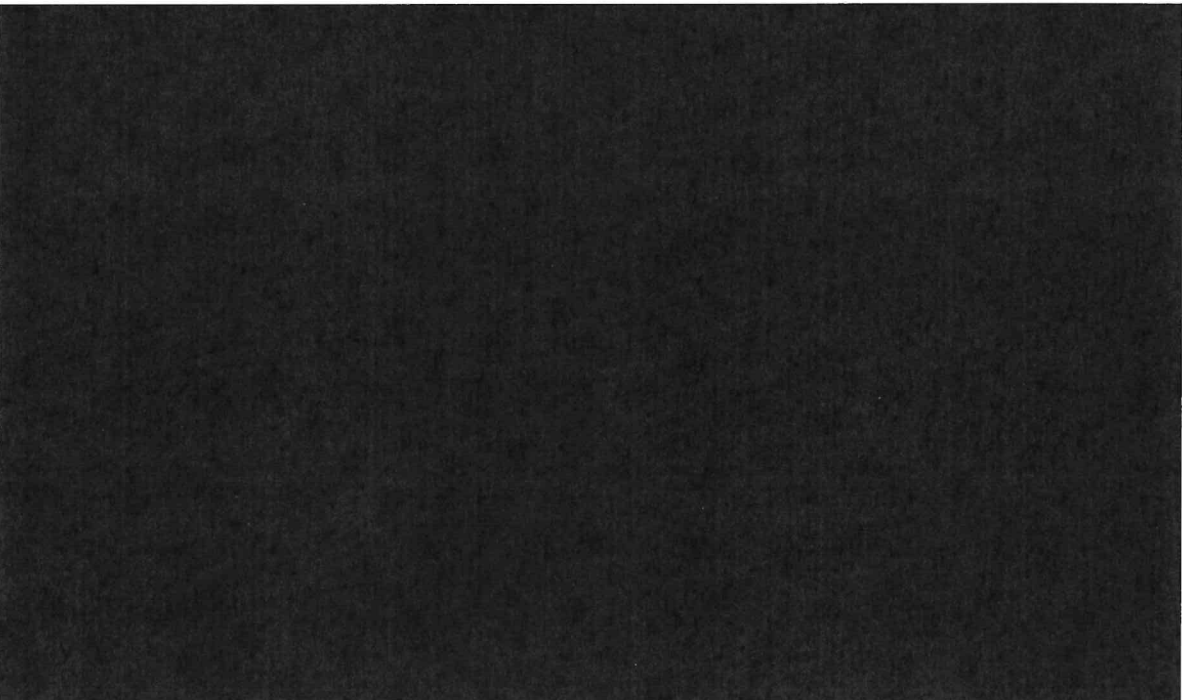
Il comprend la politique de l'EHPAD « Champfleury » avec les valeurs et la démarche éthique.

Il décrit la méthodologie de construction du projet d'établissement son aspect architectural, la politique de l'établissement et son environnement, ainsi que le projet de vie (accueil, hébergement, projet personnalisé, animation, accompagnement de fin de vie), le projet de soins (organisation des soins, prise en charge de la dénutrition, de la déshydratation, des chutes, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de la prise en soins thérapeutique et psychomoteur, le projet de qualité et gestion des risques (meure de la satisfaction, définition et suivi des risques, évaluations), le projet social et ressources humaines (effectifs, formation, management, accueil des nouveaux collaborateurs), la communication.

Le concept de bientraitance est précisé ainsi que les engagements du personnel en matière de prévention de la maltraitance.

Un animateur est chargé de coordonner les animations sur la base du projet d'animation formalisé et intégré dans le projet d'établissement.

La participation des familles aux animations est précisée, ainsi que la fréquence trimestrielle des commissions d'animation. Un exemple de programme d'activité précise les activités thérapeutiques proposées ainsi que les activités d'animations dans la résidence et dans l'unité de vie protégée sans distinction de programme spécifique.



Remarque N° 14 :

La mission n'a pas constaté l'existence d'une programme d'animation spécifique pour l'unité de vie protégée.

Remarque N° 15 :

Chaque thématique identifiée dans le projet d'établissement ne comporte pas : la liste des actions, les responsables, l'échéance ainsi que les indicateurs de suivi.

Ecart N° 4 :

Le projet d'établissement (2021-2026) mentionne un nombre de places d'accueil temporaire (4) ainsi que le nombre de places de l'unité de vie protégée (12) qui ne correspondent pas à l'autorisation. Il ne comporte pas de projet spécifique pour l'accompagnement des personnes accueillies en UVP. Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente et conforme à l'autorisation en vigueur (conformément à L.313-1alinéa 4 du CASF)

Ecart N° 5 :

L'élaboration et la révision du projet d'établissement doivent faire l'objet d'une consultation du CVS conformément au décret n°2022-688 du 25 Avril 2022.

Une évaluation interne a été réalisée le 11 juillet 2013 et un rapport a été transmis. Une évaluation externe a été réalisée en décembre 2014 par le [REDACTED] et un rapport a été transmis.

Remarque N° 16 :

La dernière évaluation interne date de 2013, celle externe date de 2014, elles auraient dû être à nouveau faites en 2018 et 2019.

Concernant les informations de l'établissement accessibles aux usagers sur internet, la mission a par ailleurs constaté qu'il n'existait pas de site internet dédié à l'établissement Champfleury ou de blog. Cependant l'établissement est référencé sur plusieurs sites internet (maison de retraite.net, annuaire action sociale.fr, pour les personnes âgées.gouv.fr...). Ces sites mentionnent le nombre de places, les tarifs, les prestations de l'établissement.

La mission a cependant constaté que les informations figurant sur ces sites ne sont pas homogènes et ne correspondent pas aux documents de l'établissement.

Par exemple, le site « conseildependance.fr » mentionne des tarifs à [REDACTED] € pour l'hébergement en chambre simple alors que 3 tarifs différents sont précisés dans le livret d'accueil de l'EHPAD.

Il est également indiqué sur ce site que l'établissement ne dispose pas de personnel de psychomotricité et qu'il est autorisé pour 6 places d'accueil temporaire.

Le site maison de retraite.fr, précise que l'établissement dispose de 4 places d'hébergement temporaire.

Les informations figurant sur les site internet sont erronées ou non actualisées, ce qui peut nuire à la lisibilité de l'offre de service et de prestations proposées par l'EHPAD.

Remarque N° 17 :

Arpavie doit s'assurer que les informations de l'établissement diffusées sur les sites internet soient concordantes avec la réalité.

5.2 Le nombre et le profil des résidents accueillis

Par arrêté du 7 juillet 2004 portant sur la transformation de la résidence Champfleury en EHPAD renouvelé le 23 décembre 2016, l'établissement est autorisé à accueillir des personnes âgées dépendantes.

L'Unité de Vie Protégée (UVP) est située à 100 mètres de l'établissement (16 rue Jules Hetzel) au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitation, elle est autorisée à accueillir [REDACTED] résidents présentant des troubles cognitifs et de déambulation.

Le jour de la visite 117 résidents étaient présents dans l'établissements dont [REDACTED] résidents dans l'UVP.

5.3 Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents

Des procédures de préadmission et d'admission des résidents dans l'EHPAD sont formalisées et précisent les modalités d'organisation et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire intervenant au cours du processus d'entrée dans l'EHPAD.

Des procédures spécifiques à l'admission en UVP sont également formalisées et précisent les critères d'entrée ainsi que de sortie de cette unité.

L'équipe administrative (hôtesse d'accueil, assistante de direction) recense les pièces administratives du dossier et l'équipe composée de l'infirmière coordinatrice, du médecin coordonnateur et de la psychologue évalue les besoins du résident, analyse le dossier médical et recueille le consentement de la personne au cours d'un entretien de préadmission, qui s'accompagne d'une visite de l'établissement. Le compte rendu de cet entretien est formalisé et annexé au dossier administratif du résident.

Les documents relatifs à l'entrée sont remis au résident avant son entrée dans l'établissement.

Remarque N°18 :

La mission n'a pas constaté l'existence d'outil commun (tableau partagé ou logiciel) permettant à l'équipe administrative et médicale de suivre l'avancée du dossier d'admission.

Les résidents participent à la vie de l'établissement grâce à des activités individuelles ou collectives qui leur sont proposées régulièrement. Deux animateurs interviennent sur l'établissement (■ ETP) du lundi au jeudi de 9h à 17h30, et le vendredi de 9h à 17h. Les week-end, aucun animateur n'est présent. Des activités sont programmées par l'animateur, le samedi ou le dimanche, auprès d'intervenants extérieurs, encadrés par l'équipe soignante, le cadre présent le week-end ainsi que l'agent d'accueil. Le remplacement de l'animateur pendant ses congés est prévu par l'établissement.

L'animatrice établit un programme d'animations hebdomadaires qui est affiché à divers endroits dans l'établissement. Elle réalise des activités visant à faire participer le plus possible les résidents selon leur niveau d'autonomie ; par exemple au travers activités motrices telles que : ballon, gymnastique, chant, percussion, atelier pâtisseries.

Des interventions extérieures sont planifiées régulièrement et des activités variées sont proposées telles que : gymnastique douce chaque semaine, pianiste tous les 15 jours, sophrologie toutes les 3 semaines, boxe une fois par mois, activités intergénérationnelles avec le centre de loisirs de Sèvres une fois par mois.

Les casques virtuels déployés par le conseil départemental des Hauts-de-Seine sur l'établissement ont un très bon taux d'utilisation collective.

Des événements ponctuels sont également planifiés : sorties en bateau mouche, pique-nique au parc de Saint Cloud, déplacement d'une ferme au sein de l'établissement, troupe d'acteurs.

Les besoins spirituels des résidents sont pris en compte. Des célébrations religieuses sont organisées tous les 15 jours sur l'établissement et des bénévoles viennent rendre visite à certains résidents. Les bénévoles de l'établissement ont signé une charte spécifique précisant les relations avec l'établissement.

Une boutique de vente de produits de consommation est tenue par les animatrices deux fois par semaine, le lundi et le jeudi pendant une heure.

Remarque N°19 :

La mission a constaté que l'animatrice n'a pas de qualification à l'animation et aucune formation spécifique n'est prévue dans son plan de formation pour développer ses compétences.

Remarque N°20 :

Le programme d'animation actuel ne permet pas de visualiser l'ensemble de l'offre d'animation proposée sur l'établissement (les activités réalisées par les autres professionnels de l'établissement notamment la psychologue, la psychomotricienne, les soignants etc...) et il n'existe pas d'outil unique pour tracer les activités réalisées.

Remarque N°21 :

Il a été rapporté à la mission que le véhicule de l'établissement était en panne, ce qui réduit l'offre de sorties à l'extérieur.

5.4 La communication avec les familles et le CVS

La mission s'est entretenue avec plusieurs familles de résidents.

L'accueil s'est déroulé de manière conforme à leurs attentes, avec deux visites de l'établissement préalablement à l'admission. Après l'admission, les familles sont satisfaites du traitement proposé par l'établissement. Les repas ainsi que les animations sont jugés satisfaisants. Un registre des entrées et des sorties, situé à l'accueil, permet de rendre compte de la présence d'un membre de famille de résident. Les familles affirment recevoir des mails du Conseil de Vie Sociale (CVS) qui présente les animations proposées. La participation des résidents dépend de leur état personnel, de leur situation de dépendance et de leur disponibilité lorsqu'elles ont lieu.

Les sorties des résidents sur un temps limité (repas familial par exemple) sont possibles dès lors que le personnel est prévenu en amont. Les familles n'ont pas connaissance d'un recueil des réclamations en cas de besoin. Elles indiquent qu'elles exprimeront leurs doléances oralement si elles en ressentent le besoin.

Les membres du personnel sont jugés disponibles et peuvent être sollicités lors des visites.

Le conseil de vie sociale :

Conformément à l'article D. 311-16 du CASF, le CVS s'est réuni à trois reprises en 2021. Il s'est tenu également, à deux reprises en 2022 et une nouvelle date était prévue au moment de la mission avant la fin de l'année. Les élus représentants des résidents sont sollicités pour se réunir et proposer des sujets à mettre à l'ordre du jour.

La mission d'inspection a pris connaissance des sujets traités dans les 5 derniers CVS de 2021 à 2022. Il a été noté que ceux de 2021 n'étaient signés par la direction ni par le secrétaire du CVS, à la différence de ceux de 2022, signés par les deux parties.

Des élections du CVS venaient d'avoir lieu avant l'arrivée de la mission et il a été possible de s'entretenir avec un des nouveaux représentants des usagers.

D'après ses dires et ceux des familles rencontrées, le CVS joue un rôle d'intermédiaire entre les familles et la direction et constitue une instance de communication, propice au dialogue et aux échanges, sur le fonctionnement de l'établissement.

5.5 La gestion des réclamations et des événements indésirables

Un récapitulatif des Evénements Indésirables (EI) est transmis à la mission sous forme d'un tableau ■■■■, faisant état de ■■ EI couvrant la période de début juillet 2020 à fin novembre 2022 dont 2 EIGS pour maltraitance et négligence dans les soins en fin d'année 2021.

9 ont été déclarés concomitamment à l'ARS et au CD, à l'exception d'une situation de conflit avec une famille fin 2021 et de la disparition inquiétante d'une résidente d'UVP en mars 2022 (sans mobilisation des services de police ou de gendarmerie).

Remarque N°22 :

Les situations de conflit avec des tiers dans un EHPAD doivent être signalées et relèvent du Département, Réclamations, Evénements Indésirables et Vigilance (DREIV) de l'ARS Île-De-France, conformément au Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités / Décret N° 2016-1606 du administratives (article L331-8-1 CASF 27/11/2016).

Les fugues ou disparitions même de courte durée, d'un résident, d'autant plus les résidents les plus vulnérables (en UVP ndlr) doivent être signalées à l'ARS et au CD, qu'elles aient ou non mobilisées des services de police ou de gendarmerie.

L'article R.331-8 du CASF indique, qu'il revient au directeur de l'établissement d'effectuer le signalement à l'autorité administrative compétente. Par ailleurs, l'article 223-3 du code pénal, indique que le délaissement d'un senior est également un délit puni par la loi.

Récapitulatif des événements indésirables		
DATE	MOTIFS	Déclarés ARS-CD
02/07/2020	Disparition d'une boîte de stupéfiants	OUI
22/10/2021	EIGS - maltraitance et négligence des soins	OUI
04/12/2021	EIGS - maltraitance et négligence des soins	OUI
06/12/2021	Conflit avec une famille	NON
13/12/2021	Dénonciation d'un IDE pratiques dangereuses	OUI
17/03/2022	Disparition d'une résidente de l'UVP (sans mobilisation des services de police ou gendarmerie)	NON
19/07/2022	Disparition inquiétante d'une résidente (avec mobilisation des services de police ou gendarmerie)	OUI
31/08/2022	Vacance prolongée de MEDCO et carence de médecin traitant	OUI
02/10/2022	Tentative de suicide/incident lié à un défaut de surveillance	OUI
11/10/2022	Conflit avec une famille	OUI
30/11/2022	Déclaration maladie infectieuse (gale)	OUI

Ecart N° 6 :

La mission a constaté que certains événements indésirables n'avaient pas été signalés aux deux autorités de tutelle simultanément. De plus, il n'a pas été fait état d'un outil permettant à l'ensemble du personnel de signaler tout événement indésirable et/ou dysfonctionnements.

Dans le document « Gestion des EI » rédigé par le groupe Arpavie (page 2), il est stipulé en rouge : « Le formulaire est à faire valider par le directeur territorial avant envoi sur la plateforme ». Or, la seule validation qui s'impose est celle de celui qui engage sa responsabilité.

Remarque N° 23 :

La personne qui déclare un EI doit pouvoir bénéficier de son libre arbitre et la validation par le directeur territorial n'a pas de raison d'être.

Dans le logigramme ayant trait aux cas de maltraitance d'un résident en EHPAD, la procédure de gestion des EI arrive après le signalement en interne au lieu d'une concomitance. Il demeure primordial de ne pas oublier les tutelles dans la déclaration des EI d'autant plus pour les événements graves dont les violences et les cas de maltraitance.

La mission constate qu'en 2022, seuls 5 agents AS ont bénéficié de formations pouvant s'approcher de la prévention des risques de maltraitance :

- Parcours : Mieux connaître la personne âgée,
- Parcours : Troubles du comportement,
- Consolidation des compétences d'une Aide-soignante

Pour 2023, une formation prévisionnelle est prévue :

- Parcours : Bienveillance au premier semestre.

Dans le projet d'établissement, et concernant la question du traitement des EI, les objectifs de l'établissement sont non seulement à mettre en place, mais également, à traiter de façon pluridisciplinaire, une information, sur les mesures de remédiation prises doit être effectuée.

Or, dans aucun compte-rendu de CVS le sujet des EI n'a été abordé, pas plus que les actions correctrices mises en place. Une présentation de ces EI ainsi qu'un bilan annuel doivent être exposés en CVS.

Remarque N°24 :

La mission n'a pu avoir accès à un registre des EI et dysfonctionnements ni en papier, ni en version informatique. A la lecture des divers comptes rendus de CVS fournis, il n'est nullement abordé la question des EI et dysfonctionnements.

Ecart N°7 :

En ne présentant pas de bilan des événements indésirables et les dysfonctionnements, au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.

Remarque N° 25 :

La mission n'a pas constaté l'existence de fiche de procédure des plaintes et réclamations des familles mentionnant : la date, le nom de son auteur et de son valideur, la catégorie de personnes auxquelles elle s'adresse, la recherche d'un plan d'action, la possibilité d'un recours aux personnes qualifiées permettant aux résidents / familles de faire valoir leurs droits.

Remarque N° 26 :

L'EHPAD ne fait pas mention de l'existence d'un système d'enregistrement permanent de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents et des familles.

Remarque N°27 :

La mission n'a pas eu connaissance de mise en place d'enquêtes de satisfaction ni de présentation de leurs résultats aux résidents et à leurs familles.

5.6 La politique de bientraitance / Prévention de la maltraitance

L'affichage du numéro national d'appel obligatoire 39 77 ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont effectifs sur un panneau d'affichage au rez-de-chaussée de l'établissement. Les membres de la mission ne les ont pas vus affichés à d'autres endroits de l'EHPAD et notamment, au niveau de l'UVP.

Remarque N° 28 :

La mission a constaté, qu'au vu de la surface de l'établissement et de la scission entre les deux unités (bâtiment principal et de l'UVP, plus loin dans la rue), l'affichage du 39 77, et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, uniquement à l'entrée, est insuffisant, pour une sensibilisation efficace.

Le Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques était bien présent à l'accueil de l'établissement et permet la consultation d'une liste de personnes à risque de fugue, avec des photos des personnes sur pied, leur corpulence et des éléments permettant de les identifier.

Le registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles se trouvait à l'accueil accessible de tous les résidents et familles.

Le « Livret d'accueil du nouveau salarié » de l'EHPAD indique qu'en : « intégrant notre équipe vous vous engagez à respecter des principes et valeurs définis dans la charte de la Personne Agée Dépendante de la Fédération Nationale de Gériatrie qui répond à l'arrêté du 08/09/2003 relatif à la Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée ».

A ce titre, il est rappelé aux salariés de considérer :

- Chaque personne accueillie comme un être à part entière avec son histoire, ses sentiments, ses opinions, sa religion,
- Veiller à accompagner le résident au quotidien,
- Être agréables, à l'écoute, accessibles, de faire preuve d'empathie et, quelle que soit la circonstance, adapter une attitude rassurante.

La mission constate que l'établissement a une démarche volontariste qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques (démarche qualitative et positive).

Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O /	N /	E/R	Commentaires	Réf.
1. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS						
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	O			E	<p>Il existe bien un registre légal des entrées/sorties des personnes accueillies cependant la mission a constaté l'existence d'écarts entre les dates d'entrée inscrites au registre avec celles de dossiers administratifs des résidents. (■) résidents concernés sur les 6 dossiers contrôlés). D'autre part, le directeur a rapporté à la mission que ce registre n'est pas signé par le maire.</p> <div> <p>Ecart N° 8 :</p> <p>Le registre des entrées et sorties de l'EHPAD n'est pas signé par le maire de la commune (Art. R. 331-5 CASF).</p> </div> <p>La mission a constaté la présence de tableaux de suivi suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cahier de doléances mis à disposition à l'accueil pour les familles - Cahier d'émargement des visiteurs - Cahier d'émargement du personnel - Tableau des repas du personnel - Cahier de demandes d'intervention technique <p>Les registres suivants ont été présentés à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registre des entrées/sorties - Registre de délégués du personnel - Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles - Registre de sécurité - Registre de fugues 	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
<p>Nb de résidents accueillis le jour J ?</p> <p>Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?</p> <p>Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?</p>	O				<p>L'EHPAD compte ■ résidents. Un tableur Excel recense l'ensemble des résidents présents avec leur date de naissance, leur âge, la date de leur entrée dans l'établissement, leur GIR, la date de dernière évaluation du GIR, leur éventuelle protection judiciaire, s'ils bénéficient ou non de l'aide sociale.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Ref.
				<p>Au jour du contrôle ■ résidents sont présents, soit un taux d'occupation de ■ % inférieur à la cible de ■ % fixée au CPOM. Le taux d'occupation moyen sur l'année 2021 déclaré par l'établissement sur l'état annuel de réalisation des dépenses est de ■ %</p> <p>La liste actualisée des résidents est tenue à jour sur tableur. Il n'existe pas de logiciel métier.</p> <p>La mission a constaté que plusieurs logiciels sont utilisés par les professionnels pour gérer les données liées aux résidents. Les droits d'accès sont fonction des profils des utilisateurs et sont protégés par des mots de passe.</p>	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	O			<p>Les hôtes d'accueil sont chargées du suivi de ce registre, la famille prévient lorsqu'un résident s'absente.</p> <p>Les dossiers administratifs des résidents sont gérés par le service administratif de l'établissement. Les dossiers sont constitués en format papier selon un modèle et rangés dans un lieu sécurisé.</p> <p>Un agent d'accueil est chargé de recenser les entrées, sorties, les absences et leur motif. Il tient à jour la liste des résidents.</p> <p>L'assistante de direction est chargée du suivi des dossiers administratifs des résidents.</p>	
2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?	C			<p>Plusieurs procédures d'admission rédigées par le groupe Arpavie et datant de juillet 2017 sont formalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure d'admission visite de préadmission (VPA) en EHPAD - Procédure d'admission en unité de vie protégée (UVP) pour un résident extérieur - Procédure d'admission en UVP pour un résident venant d'un secteur « classique » de l'EHPAD - Procédure de sortie d'un résident de l'UVP vers le secteur classique de l'EHPAD 	<p>Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF</p> <p>R. 311-33 à -37 CASF (RF)</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / NC	E/R	Commentaires	Réf.
	C		<p>Ces procédures décrivent les différentes étapes de l'admission du résident et les personnes intervenantes au cours du processus.</p> <p>Etape 1 : analyse du dossier administratif et médical du résident</p> <p>Etape 2 : organisation d'une visite de préadmission et visite de l'établissement en cas d'avis favorable du dossier administratif et médical.</p> <p>Etape 3 : visite de l'établissement en présence du résident et de sa famille</p> <p>Une équipe pluridisciplinaire est associée à chaque étape :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'équipe administrative prend en charge le recueil et l'enregistrement des données administratives du résident postulant en présence de celui-ci et/ou de son représentant légal. - L'équipe pluridisciplinaire composée du MEDCO, de l'IDEC et de la psychologue organise la visite de préadmission en présence du résident et de sa famille selon le contexte puis transmet son avis au directeur pour décision - Une synthèse est formalisée à la suite de la visite de l'établissement par l'équipe soignante. - Un document de synthèse comprenant l'avis de l'établissement avec les signatures de l'équipe pluridisciplinaire et du directeur est rangé dans le dossier administratif du résident. <p>La procédure de sortie d'un résident de l'UVP précise les critères de sortie du résident. Cette procédure comprend 3 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation collégiale de la situation du résident réalisée par le MEDCO, la psychologue et l'IDEC. Un avis est également demandé au médecin traitant ; - Un rendez-vous est organisé par l'équipe pluridisciplinaire composée du MEDCO de la psychologue et de l'IDEC en présence du résident, de sa famille et/ou de son représentant légal ; - L'organisation de la sortie est préparée en lien avec la famille. Une actualisation du projet personnalisé est prévue ainsi qu'un bilan après 4 à 6 semaines avec le résident et la famille. 	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ? Cf. <i>Dossiers des résidents</i>		NC	E	<p>A chaque nouvelle entrée, le directeur informe systématiquement le personnel par mail ce qui permet aux personnels qui ne participent pas au processus d'admission d'être informé des nouvelles entrées.</p> <p>Le contrat de séjour de l'établissement est conforme à la réglementation en vigueur.</p> <p>Le livret d'accueil transmis par l'établissement n'est pas daté et ne comporte pas de numéro de version ; il manque certains interlocuteurs comme la psychomotricienne ou la responsable hôtelière pourtant présentes sur l'organigramme de l'établissement envoyé le 13 décembre 2022 et le nom de l'IDEC est différent de celui figurant sur ledit organigramme. De plus, le livret mentionne 2 services de restauration le midi, de 12h à 13h et de 13h à 14h alors qu'il n'existe qu'un seul service de repas. Enfin l'établissement comprend 126 chambres simples et 6 chambres doubles</p> <p>Un projet d'établissement est actualisé pour la période 2021-2026. Cependant t, il précise que 4 places d'hébergement sont dédiées à l'accueil temporaire, alors que l'arrêté d'autorisation de l'établissement n'en contient aucune. De plus, il ne précise pas le projet spécifique à l'accompagnement des personnes en séjour temporaire. De même, il parle de l'UVP sans préciser l'organisation spécifique mise en place pour l'accompagnement des résidents de cette unité.</p> <p>La mission n'a pas constaté l'existence d'un tableau annuel de suivi des objectifs du projet d'établissement. Aucun tableau de suivi n'est par ailleurs fourni à l'ERRD.</p> <p>L'admission fait l'objet d'une procédure pluridisciplinaire avec un recueil du consentement de la personne effectuée au cours de l'entretien de préadmission.</p> <p>Au moment de l'entrée dans l'établissement, un dossier administratif est consulté et l'ensemble des documents réglementaires est remis à la personne.</p> <p>■ dossiers de résidents ont été contrôlés par la mission : - ■ résident à l'aide sociale Département de Paris, et ■ résident du Département des Hauts-de-Seine - ■ résident décédé - ■ résidents entrés en séjour payant - ■ résident entré depuis moins d'un mois.</p>	<p>L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF</p> <p>L. 1111-6 CSP</p> <p>Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 Rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009*</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Le contenu des dossiers administratifs n'est ni homogène, ni complet pour l'ensemble des dossiers contrôlés.</p> <p>Le dossier est constitué d'une page de garde avec la liste des documents qui le compose et les documents à faire signer.</p> <p>Le dossier administratif comporte 5 ou 6 pochettes :</p> <p>1 : contrat et annexes, 2 : administratif, 3 : revenus, 4 : carte vitale/mutuelle, 5 : Aide sociale à l'hébergement (ASH) / Aide Personnalisée au Logement (APL), Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), 6 : courriers.</p> <p>Malgré un modèle de dossier administratif complet, de multiples différences sont constatées parmi les dossiers contrôlés : le document présent sur l'entête de chaque pochette, comprenant la liste des pièces composant le dossier, n'est pas systématiquement mis à jour avec l'ensemble des cases cochées et ne permet pas d'identifier les documents présents ou manquants dans chaque dossier administratif.</p> <p>Certaines annexes et pièces sont manquantes dans les dossiers étudiés :</p> <p>Un dossier ne comportait pas de désignation de personne de confiance ni de règlement de fonctionnement signé.</p> <p>Le consentement en annexe 3 qui comprend le compte rendu préalable à l'admission informant des droits de la personne et de son consentement à l'entrée ne figure pas dans 2 dossiers sur 6.</p> <p>L'autorisation du droit à l'image figurant à l'annexe 9 est manquante dans 1 dossier sur 6.</p> <p>L'autorisation de recours à la télémedecine a été trouvée dans 1 dossier sur 6.</p> <p>Le jugement de tutelle n'a pas été trouvé dans un dossier consulté alors que la personne est mentionnée sous tutelle dans le document n°28 transmis par l'établissement.</p> <p>Aucune directive anticipée, et aucun projet d'accompagnement individualisé ne figure dans les 6 dossiers consultés.</p> <p>La mission a néanmoins constaté que les contrats de séjour sont présentés et signés dans les 6 dossiers consultés par la personne elle-même ou son représentant légal ainsi que le représentant de l'établissement.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Réf.
	O / C	N / NC	EIR	Commentaires	
				La notification aide sociale et APA actualisée est présente également dans les dossiers concernés consultés.	
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?		NC	R	<p>Il n'existe pas de boîte aux lettres nominative pour chaque résident. Le courrier des résidents est trié par les agents d'accueil et distribué directement aux personnes accueillies. L'établissement tient à jour la liste des personnes en capacité de lire leur courrier.</p> <p>Les familles sont invitées à venir dans l'établissement pour participer aux activités ou rendre visite à leurs proches. Un registre situé à l'accueil permet aux familles présentes dans l'établissement de s'identifier.</p> <p>Des tablettes sont utilisées pour maintenir les liens avec les familles lorsque celles-ci ne peuvent se rendre dans l'établissement.</p> <p>Cependant la mission a constaté que peu de supports sont développés pour maintenir les liens entre les familles et les résidents. Les tablettes ne sont utilisées qu'en présence de l'animatrice pour les personnes qui ont besoin d'être accompagnées sur ce type de support. Il n'existe pas d'album photos réalisé par l'établissement, ni de blog ou de journal résident/familles.</p>	
3. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS					
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	O			<p>Le CVS est opérationnel, il s'est réuni à trois reprises en 2021, les 23/03, 21/09 et le 14/12/2021 et à deux reprises en 2022, le 21/04 et le 05/07/2022. Une nouvelle réunion est programmée pour le 13/12/2022. Les comptes rendus sont bien rédigés et les sujets à mettre à l'ordre du jour prennent en compte les propositions des élus Résidents. La communication avec le CVS est bonne à l'exception des EI qui ne lui sont pas présentés.</p> <p>L'IDEC et la psychologue mentionnent rencontrer régulièrement les familles cependant la mission n'a pas trouvé de traçabilité dans les documents fournis.</p>	D. 311-4 à 20

4. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE					Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS ⁷
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ?	N			L'établissement n'a pas réalisé d'auto-évaluation du bien-être des résidents et du respect de leurs droits. Il n'existe pas de plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance en lien avec un plan qualité. Les actions en lien avec la gestion d'un EI sont traitées en équipe. Elles ne sont pas réévaluées.	
En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), Quid du partage de ces actions avec les équipes ? Sont-elles réévaluées ?	N N N N				
Affichage liste des PQ, tél 3977/ALMA ?	O			Les différents affichages réglementaires de signalement d'une situation de maltraitance sont bien effectués au niveau de l'accueil de l'EHPAD.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	N			Elles doivent l'être également au niveau de l'UPV distance du bâtiment principal de l'EHPAD. Il n'y a pas de mesures autres particulières de protection des biens et des ressources des personnes apportées à la connaissance de la mission.	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? Quid des signalements (documenter) ?	O O			Il existe une procédure de recueil et de traitement des réclamations rédigée par le groupe Arpavie. Il n'existe pas de plan formalisé reprenant l'ensemble des EI. Par contre, il existe un registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles se trouve l'accueil accessible de tous les résidents et familles.	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	N			Il n'existe pas de support ou logiciel métier de recueil et de suivi des EI.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?	O			Deux cas de maltraitances ont été identifiés par l'EHPAD, ils ont été répertoriés par la direction, signalés aux autorités de tutelle. Ils n'ont cependant pas fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République.	Article 434-3 du Code Pénal
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?	N			Il n'existe pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Toutefois, dans les documents d'accueil des nouveaux salariés, la question de la bientraitance des résidents est une question largement abordée et sur laquelle l'établissement met l'accent. Le plan de formations intègre des formations relatives à la sensibilisation à la bientraitance des résidents.	

⁷ HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

6 DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE

6.1 Les prestations hôtelières

L'ensemble des chambres est équipé d'un lit médicalisé, d'un espace de rangement et d'une salle d'eau avec espace douche à l'italienne.

L'établissement met à disposition dans chaque chambre 2 serviettes de toilette, 2 gants de toilette ainsi qu'un trousseau pour le lit comprenant un oreiller, une couverture. Il est précisé dans le livret d'accueil que le couvre lit est fourni par l'établissement et compris dans le socle des prestations hôtelières. Or la mission a constaté que les chambres visitées ne comprenaient pas de couvre-lit.

L'entretien du linge plat est confié au prestataire [REDACTED] (livraison et ramassage 2 fois par semaine).

Les chambres sont équipées de prises téléphoniques mais ne sont pas équipées de wifi.

Remarque n°29 :

L'établissement doit s'assurer que le contenu du trousseau de linge Hôtelier et que la prestation de nettoyage du linge personnel des résidents sont conformes à la prestation socle.

Il est indiqué dans le livret d'accueil que les chambres simples sont spacieuses, hors la mission a constaté lors de la visite de chambres situées au rez-de chaussée que celles-ci étaient exigües. De plus une salle d'eau d'une chambre visitée, ne permettait pas à la personne à mobilité réduite de prendre sa douche sauf à être positionnée sur les toilettes. L'établissement mentionne dans le projet d'établissement que 105 chambres individuelles ont une superficie de 16 m².

Remarque n°30 :

La taille d'une grande majorité de chambres (105) est d'une superficie inférieure aux recommandations qui situent la taille minimum d'un logement individuel de 16 à 20 m² pour les constructions existantes.

L'entretien du linge des résidents est effectué par la lingère de l'établissement. La prestation de blanchisserie est facturée en sus (● € par mois) ainsi que le marquage du linge (● €) pour le trousseau en 2022 effectué par la [REDACTED] : Ce tarif n'est pas compris dans le tarif socle hébergement.

Ecart N°9 :

Le contrat de séjour (Article 4-1-4) ne mentionne pas clairement la prestation linge comprise dans le tarif conformément au décret n°2022-734 du 28 avril 2022, portant sur diverses mesures d'amélioration de la transparence financière.

L'entretien des chambres et des espaces collectifs est confié à un prestataire extérieur ATALIAN qui fournit le matériel ainsi que les protocoles et supports de contrôle. L'entretien des chambres est réalisé par les ASH selon un planning de nettoyage. Il est noté par la mission que le décapage des sols des chambres à blanc est facturé en prestation complémentaire depuis octobre 2022.

6.2 La restauration et la nutrition

L'établissement « Champfleury » assure un service de restauration, en liaison chaude, et propose trois repas par jour (petit déjeuner entre 8h15 et 9h30, déjeuner entre 12h et 13h30, dîner à partir de 18h45), un goûter et une collation nocturne pour les personnes identifiées.

Les repas sont confectionnés sur place par une équipe de restauration et assurés par un prestataire [REDACTED]. Les menus sont réalisés en amont par le responsable [REDACTED] sur le site Champfleury accompagné d'une diététicienne.

Les petits déjeuners sont préparés conjointement par le personnel ASH et le cuisinier selon les besoins des résidents (avec les crèmes enrichies et les textures mixées confectionnés sur place) et sont ensuite servis en chambre par les ASH à l'aide de chariots.

Un service unique à l'assiette se fait dans la salle de restaurant située au rez-de-chaussée pour le repas du midi et du soir. Cependant les repas peuvent également être assurés en chambre.

Des aides individuelles aux repas sont dispensées par les aides-soignants de l'établissement en salle à manger. Cependant, la mission n'a pas constaté que les aides-soignants portaient un tablier lors du service.

Des commissions restauration sont régulièrement réalisées en lien avec le prestataire, la direction de Champfleury et des résidents pour valider les propositions de menus dont les dates sont rappelées lors des réunions de CVS. Le menu du jour est affiché à l'entrée de la salle du restaurant sur un tableau blanc. La mission a constaté que le menu servi correspondait au menu affiché à l'entrée du restaurant.

Des changements d'organisation (exemple : plan de tables, aménagements pour améliorer l'ergonomie et l'aide au repas) sont également échangés avec les représentants des familles au cours des CVS (exemple : compte-rendu du CVS du 21 septembre 2021).

Des invités (familles, proches) peuvent également venir déjeuner au restaurant en réservant 72 h à l'avance dans la limite de capacité d'accueil de la salle.

6.3 L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique

L'établissement dispose de matériel en nombre et en état de marche.

Toutefois, concernant les appels malades, il n'y a pas de système d'alerte dans les espaces communs ni dans les ascenseurs. Or, la mission, le jour de l'inspection, a été témoin d'une chute de patient de son fauteuil roulant dans un ascenseur et l'impossibilité pour ce dernier de donner l'alerte et d'être secouru.

Remarque N°31 :

Les membres de la mission ont en fin de journée été appelés à l'aide par un résident. En effet, une autre résidente en fauteuil roulant, venait de tomber à l'intérieur de la cage d'ascenseur. Ce dernier, tout en donnant l'alerte, maintenait les portes de l'ascenseur ouvertes. Un membre de la mission, a téléphoné à l'accueil de l'EHPAD et a demandé l'aide de soignants.

Il n'a pas été vu dans l'ascenseur de boutons d'alerte.

Grille de contrôle/Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O /	N /	E/R	Commentaires	Réf.
1. LES PRESTATIONS HOTELIERES					
<p>Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichage) ?</p> <p><i>Cf. Registre de sécurité</i></p>	O			<p>L'établissement est constitué de 2 bâtiments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un bâtiment principal situé 12 rue Jules Hetzel - Une annexe comprenant l'unité de vie protégée se trouvant au 16 rue Jules Hetzel et située au rez de chaussée d'un immeuble d'habitation. <p>Le bâtiment principal est accessible via un portillon d'entrée muni d'un digicode. La mission a constaté à son arrivée à 9h04 que la porte d'entrée au bâtiment principal ne fonctionnait pas. Celui-ci a cependant été réparé dans la matinée.</p> <p>La mission a également constaté que les espaces de circulation étaient libres d'accès et non encombrés dans le bâtiment principal.</p> <p>Les espaces de circulation collectifs de ces locaux, et les salles de bain des chambres sont munis de barres d'appui permettant de prévenir les chutes. Les fenêtres sont munies de limiteur d'ouverture. Certains résidents de l'EHPAD (hors UVP) ont signé une décharge de responsabilité leur permettant d'ouvrir les fenêtres de leur chambre.</p> <p>Ce bâtiment comprend 2 ascenseurs, en libre accès pour tous les résidents ainsi qu'un escalier de services également en libre accès pour tous.</p> <p>L'établissement est muni d'un système anti-fugue à l'entrée de l'établissement. Un registre de fugue est également tenu par le personnel et situé à l'accueil de l'établissement comprenant le nom, la photo, la corpulence et la taille de la personne. D'autre part, les personnes identifiées à risque par le personnel médical sont munies de montres qui sonnent dès qu'elles approchent le seuil de la porte d'entrée de l'établissement principal.</p> <p>L'unité de vie protégée est sécurisée. Pour y accéder, il est nécessaire d'entrer un code pour permettre l'ouverture de la porte d'entrée du service.</p>	L. 311-3, CASF HAS 2011 ⁸

⁸ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O /	N /	E/R	Commentaires	Réf.
	C			<p>Des travaux sont prévus dans les locaux de l'UVP afin d'améliorer le confort des résidents et la qualité des espaces de vie collectifs. Ceux-ci vont nécessiter une réduction pérenne du nombre de personnes accueillies en UVP de 16 personnes à 12 personnes.</p> <p>La mission a constaté que les locaux techniques et ceux dédiés au personnel (local de linge, local de matériel) étaient sécurisés et tous fermés à clé. Le personnel est muni d'un badge d'accès.</p> <p>Les consignes de sécurité sont affichées à plusieurs endroits de l'établissement (entrée et étages).</p> <p>La mission a d'autre part constaté que l'établissement n'était pas climatisé mais que la salle à manger du rez-de-chaussée, l'est.</p>	
<p>Entretien général des locaux ?</p> <p>Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ?</p> <p>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</p>	O			<p>L'ensemble du bâtiment principal est vétuste mais l'intérieur des locaux est entretenu.</p> <p>L'entretien des locaux est confié au prestataire [redacted] qui fournit le matériel ainsi que les protocoles et supports de contrôle. L'entretien des chambres est réalisé par les ASH selon un planning de nettoyage. Il est noté par la mission que le décapage des sols des chambres à blanc est facturé en prestation complémentaire depuis octobre 2022.</p> <p>Un classeur dans lequel est consignée la traçabilité de l'entretien des locaux est situé dans le local ménage, accessible des ASH qui travaillent pour la société [redacted].</p> <p>La gouvernante, salariée de l'établissement est en charge du suivi du ménage et effectue un contrôle régulier en lien avec le chef d'équipe qui s'occupe de l'entretien des parties communes.</p> <p>Un cahier de demandes d'intervention technique est disponible à l'accueil et permet d'enregistrer les demandes de réparation dans l'établissement. Deux agents techniques sont présents au sein de l'établissement. Ils sont en charge du suivi préventif du risque de légionelle et réalisent une fois par semaine des écoulements sur les bras morts ainsi que dans les chambres libres et celles des résidents hospitalisés.</p>	
Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attendu	O			<p>Le linge plat ainsi que le linge personnel des résidents sont sous la responsabilité d'une lingère et de la gouvernante. Cette dernière recueille les souhaits des résidents quant à la gestion de leur linge à leur entrée en participant à leur admission</p>	

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n° 2022-IDF-00335

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ? <i>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</i>				<p>et affiche dans leur chambre si le linge est entretenu par la famille ou par l'établissement.</p> <p>Le linge plat est entretenu par [] et ramassé 2 fois par semaine les mardi et vendredi. L'établissement peut également demander des livraisons le dimanche en cas de besoin.</p> <p>Le linge personnel des résidents est géré soit par les familles (30 résidents), soit par le prestataire [] qui le ramasse 3 fois par semaine lundi, mercredi et vendredi. Pour les résidents de l'UVP, il est entretenu quotidiennement en interne. Le marquage du linge personnel est réalisé par [] ou par les familles lorsqu'elles n'ont pas de contrat de prestation.</p> <p>Le circuit du linge sale et propre est clairement identifié. Les sacs de linge sale sont retirés quotidiennement par les soignants et déposés au sous-sol.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La laverie est composée de plusieurs pièces avec la marche en avant : une pièce pour le linge sale, une pièce pour le propre comprenant des machines à laver, la machine à repasser et les chariots de linge. - La restitution du linge propre est réalisée quotidiennement par la lingère, qui le distribue dans le local linge propre de chaque étage à l'aide de petits chariots. Chaque soignant est ensuite chargé de le distribuer dans les chambres. <p>Des procédures de bio nettoyage distinctes existent pour le linge contaminé. Il a notamment été précisé à la mission que plusieurs résidents avaient fait l'objet d'une déclaration de gale en décembre 2022. Un nettoyage particulier a été réalisé pour les 5 résidents concernés.</p> <p>Des rappels sur la procédure de gestion et de marquage du linge des résidents sont réalisés en Conseil de Vie Sociale (exemple compte rendu du CVS du 21 avril 2022).</p> <p>Toutefois, la mission n'a pas constaté de recueil de la satisfaction des résidents et de leurs familles sur le délai et la qualité de la prestation de nettoyage du linge.</p>	
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne) ? Collation disponible ?	O			<p>Les repas sont confectionnés par la société [] en production chaude sur place par [] salariés un chef cuisinier qui assure la production du chaud, un cuisinier qui assure la production du froid et des desserts ainsi qu'un commis, deux serveuses sont présentes en salle de restaurant. Le week-end, un seul cuisinier est présent et assure la production chaude et froide, et une seule serveuse est présente en salle.</p>	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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Un gérant établit les menus avec une diététicienne et assure la gestion des commandes. Une réunion d'équipe est réalisée tous les 15 jours par le gérant avec son équipe.</p> <p>Des commissions de restauration sont réalisées mensuellement avec les résidents, et le directeur.</p> <p>L'infirmière coordinatrice assure en lien avec la gouvernante et la cuisine concernant la gestion des textures des repas notamment quand ces dernières sont modifiées (régime enrichi ou régimes alimentaires spécifiques). Les eaux gélifiées et les enrichissements alimentaires sont réalisés par la cuisine (exemple : potages, crèmes dessert).</p> <p>Les procédures et/ou conduites à tenir pour les professionnelles sont claires et les personnes avec une dénutrition sévère et celles avec une dénutrition modérée sont bien identifiées</p> <ul style="list-style-type: none"> ● personnes avec une dénutrition dite sévère ● avec un risque nutritionnel ou une dénutrition modérée <p>Les professionnels ont par ailleurs pour les collations un tableau avec la photographie du résident et le type de collation en fonction de leur statut nutritionnel</p> <p>Régimes hyperprotéinés en cas de dénutrition comportant des compléments oraux et un enrichissement systématique des potages par le cuisinier pour tous les résidents</p> <p>Pas de régime diabétique ce qui est conforme aux bonnes pratiques</p> <p>Les petits déjeuners sont servis de 8h30 à 10h en chambre par les ASH. Le déjeuner est pris en un seul service en salle de restauration à partir de 12h. Le dîner est servi en salle de restaurant à partir de 18h45 et en chambre à partir de 18h selon les demandes particulières. Une collation composée de fruits, compotes et boissons chaude est distribuée à 15 personnes selon une liste établie par l'équipe de soins.</p> <p>La mission a cependant fait les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors de sa visite, un plateau de petit déjeuner n'avait pas été débarrassé à 10h45 (chambre 107). 	Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS ⁹

⁹ HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP » (mars 2018)
Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n° 2022-IDF-00335

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> - Les plats de substitution pourtant existants ne sont pas affichés et présentés aux résidents, - Le nappage des tables du restaurant est en revêtement plastique - Une lenteur dans le service du repas du midi, certains résidents attendaient encore leur entrée à 12h45, - Une absence de comité de liaison alimentation nutrition formalisé. <p>Cependant la mission a noté la présence en nombre, de personnel soignant lors de l'aide au repas du midi le 7 décembre 2022. Celui-ci était installé sur des tabourets à proximité des tables leur permettant de réaliser une aide aux repas adaptée.</p> <p>D'après les entretiens et les échanges, les professionnels maîtrisent bien la prise en soin des résidents présentant des troubles de la déglutition</p> <p>De plus lors de l'entretien avec l'AMP, celle-ci semblait avoir connaissance de la gestion des troubles de la déglutition, de la procédure d'identification des causes en cas de survenue d'un symptôme psycho comportemental inhabituel.</p> <p>De plus, l'établissement a informé la mission par mail en date du 13 décembre 2022 que les toiles en plastiques posées sur les nappes avaient été retirées la veille et qu'il ne subsiste donc que des nappes en tissus changées quotidiennement.</p>	
Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?	O			<p>Les résidents sont munis d'un bracelet d'alarme.</p> <p>La mission a réalisé à 10h16 un test d'appel malade dans une chambre d'un résident située au rez-de chaussée du bâtiment principal. Le personnel a répondu immédiatement. Les soignants d'un même étage ainsi que le soignant volant et l'IDEC reçoivent les appels sur un téléphone portable.</p>	

7 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE

7.1 Les locaux et installations dédiés aux soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection			O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins	Nombre de postes de soins dans l'établissement		O			2 postes de soins : dans UVP et un secteur classique Les affichages informatifs existent dans la salle de soins et ils sont actualisés.	
Locaux de soins	Poste de soins autonome si UVP						
Locaux de soins	Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé						
Locaux de soins	Paillasses pour la préparation des soins						
Locaux de soins local de soins	Collecteurs DASRI OPCT et carton rigide dans le						

7.2 Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
ETP MedCo figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité		N		Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis février 2022. Le directeur médical adjoint interviendrait pour pallier la vacance du poste à raison de 0,2 ETP par semaine. [vigilance car le groupe ARPAVIE ne dispose que de deux médecins directeurs pour l'ensemble de ces structures sur le territoire national].	D312-156, et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de medco ou formation continue medco				Le directeur médical adjoint déclare être en possession d'une capacité de gériatrie.	D312-157 CASF
Les médecins traitants suffisent-ils à assurer les prescriptions ?				<p>L'analyse des 5 dossiers permet de retrouver la traçabilité des médecins traitants. Celle-ci est selon les médecins, très succinctes ou très bien renseignée.</p> <p>A noter que le directeur médical adjoint connaît bien les médecins traitants étant donné qu'elle a été médecin coordonnateur dans l'établissement. La plupart des médecins interviennent à jours fixes dans la semaine ; quelques-uns doivent être appelés ; le directeur médical adjoint intervient à raison d'0,2 ETP le lundi, doublée par un interne en MG. Elle bénéficie ce semestre de 2 internes (1 en dernier semestre d'internat et 1 en début d'internat).</p> <p>Les prescriptions sont informatisées réactualisées avec la mention de la DCI.</p>	
1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;				Vérifier le projet de soin de l'établissement doit être spécifique à l'EHPAD adapté à la population accueillie (CF RAMA).	D312-158 CASF
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;	O			<p>En l'absence de médecin coordonnateur dans la structure, la directrice médicale adjointe d'Arpavie donne son avis sur le dossier Cerfa en concertation avec la psychologue.</p> <p>Certaines admissions sont réalisées ensuite directement, d'autres, sont réalisées à la suite des visites du futur résident hospitalisé avec l'IDEC et la psychologue (l'IDEC et le psychologue vont à l'hôpital)</p>	D312-158 CASF
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des				<p>Les prescriptions médicamenteuses mensuelles mais toutes comportant la mention « aide à la vie courante ».</p> <p>Pas de liste préférentielle des médicaments.</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
9° Elabore un dossier type de soins ;				<p>Les résidents sont identifiés dans les dossiers médicaux par leur numéro INS. Sont mentionnés dans les dossiers médicaux la personne de confiance et le tuteur. Les dossiers médicaux sont placés dans des armoires sécurisées.</p> <p>Les dossiers remis étaient des photocopies du dossier informatisé</p> <p>Il comprenait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un volet Préadmission (dossier cerfa + fiche de recueil des données) - Un volet compte rendu hospitaliers - Un volet paramédical avec les traçabilités des kinés, psychologues, pédicures retrouvés mais de façon sporadique (au moins 1 par dossier) <p>une évaluation comportant MMSE, avec selon le dossier une GDS, un test de Dubois, un test de l'horloge, une NPI ES</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque N° 32 :</p> <p>Les évaluations MMSE, Nies, Escarre, le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) le volet de synthèse médicale (VSM) ne sont pas mises à jour ou peu renseignées.</p> </div> <p>Pour les examens biologiques, leurs fréquences pour certaines valeurs dans dossiers peuvent être améliorées, ex dans un dossier suivi d'une dénutrition sévère.</p> <p>Les projets de vie individualisés sont dépourvus du volet projet de soin, du fait selon le médecin coordonnateur d'un manque de disponibilité.</p> <p>Les dossiers sont pourvus d'un VSM, mais ce dernier est peu informatif et non réactualisé. De plus à la lecture des DLUVSM, les antécédents ne semblent pas être renseignés correctement dans le dossier médical.</p> <p>Ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour un des dossiers l'insuffisance cardiaque n'est pas mentionnée dans le VSM alors que la personne a eu plusieurs hospitalisations à ce sujet. • Le dossier de l'HAD est plus informatif que le VSM élément phare du DLU 	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Les aides-soignantes /AMP changent d'unité tous les 6 mois. Elles sont réévaluées en binôme avec un autre collègue de 10 résidents. Elles sont présentes lors de l'entretien de préadmission et lors de l'admission.</p> <p>L'AMP a insisté lors de son entretien sur sa présence lors des repas pour les personnes dénutries ou pour celles présentant un risque de fausse route. Son rôle est d'alerter quand elle constate un problème de selle ou une suspicion de fausses routes.</p> <p>Les dossiers comportent tous la traçabilité des professionnels paramédicaux kiné, psychologue, pédicures.</p> <p>Les transmissions sont réalisées à partir de tablettes connectées en wifi, et quand la Wifi est défectueuse. La traçabilité est transférée avec les horaires des actes effectués, lorsque la tablette se retrouve en connexion avec l'ordinateur.</p>	
				<p>Remarque N° 33 :</p> <p>Lors de l'entretien avec le directeur, ce dernier a informé les membres de la mission de l'absence de transmission effective entre le personnel de jour terminant à 21h et de nuit commençant à 20h45.</p>	
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.				<p>Pas de traçabilité sur les plateformes gouvernementales des vaccinations ; Ils ne connaissent plus la procédure mais la traçabilité a été constatée dans les dossiers étudiés</p>	D312-158 CASF

7.3 Les soins individuels

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
PEC urgences Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés				<p>Le chariot d'urgence est vérifié régulièrement/mensuellement. Il ne contient pas de périmés. Le sac d'urgence est scellé et il existe des extracteurs O2 mais il n'y a pas d'obus à oxygène pour l'urgence.</p>	Article D312-158 13° CASF

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n° 2022-IDF-00335

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
PEC urgences Dotation pour soins urgents présente et établie par le MedCo					
PEC urgences Défibrillateur cardiaque présent et vérifié					
PEC urgences Au moins une bouteille ambu 02 fonctionnelle					

7.4 Prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi			R	Toutes les ordonnances comportent la mention « aide à la vie courante ».	
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.	O			L'ensemble des lieux de stockage (stock tampon, hors pilulier si besoin etc. ...) sont bien rangés et bien entretenus, et les armoires sont sécurisées.	L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 13°)
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription :		N		Il n'y a pas de liste préférentielle des médicaments.	
si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médecins l'utilisant					
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.				Il n'y a pas de liste de médicaments à ne pas broyer.	
				Remarque N° 34 : Il n'existe ni liste préférentielle des médicaments, ni liste des médicaments non broyables.	
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?				Reconditionnement en pharmacie sous forme d'escargot.	
Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)	O				
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration	O				Article R4312-10 CSP

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Organisation de la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments	O			Identitovigilance existante (photo des résidents dans le classeur et sur les piluliers).	
L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") :	O			L'administration est tracée sur tablette.	
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante			E/R	Toutes les ordonnances comportent la mention « aide à la vie courante ».	L313-26 CASF
Coffre pour produits stupéfiants	O				Article R.5132-26
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	O				Article R5132-36 CSP

7.5 Qualité et gestion des risques

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?		N			
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?		N			
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?				La prestation d'entretien des chambres est contrôlée par la gouvernante sur la base d'un planning de contrôle, la prestation restauration fait l'objet de commission de menus mensuelles avec la participation du prestataire de restauration, de la direction et des représentants des familles. Cependant, la mission n'a pas constaté l'existence d'un cahier des charges formalisé entre les prestataires et Arpavie et de bilan annuels formalisés des différentes prestations. La mission n'a pas constaté de recueil de la satisfaction des résidents et de leurs familles sur le délai et la qualité de la prestation de nettoyage du linge..	
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des EI qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?		N			
Analyse des causes de chute et mesures mises en place	O			chutes en 6 mois (de juin au jour de l'inspection). Elles sont tracées et les documents fournis permettent un analyse des circonstances et des facteurs déclenchant.	
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?		N			Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

8 CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Champfleury, géré par le groupe Arpavie a été réalisée de façon inopinée le 7 décembre 2022 à partir de la visite de l'établissement, des entretiens menés avec différents professionnels et des documents transmis par l'établissement.

L'inspection s'est déroulée dans de bonnes conditions et la mission a pu consulter un grand nombre de documents et réaliser plusieurs entretiens avec les personnels de l'EHPAD. Il ressort de cette inspection et des différents entretiens que l'ambiance de travail et les relations entre les professionnels semble plutôt sereine.



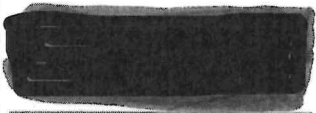
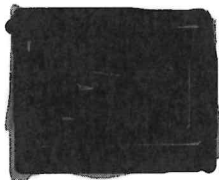
Cependant, le jour de l'inspection, la mission d'inspection a relevé un certain nombre d'écarts à la réglementation et des remarques sur le fonctionnement de l'établissement concernant :

- La gestion des ressources humaines :
 - o Organigramme de l'établissement
 - o Encadrement des équipes
 - o Situation des effectifs
 - o Organisation du travail
- La communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :
 - o Documents de la loi 2002-2
 - o Modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents
 - o Communication avec les familles et CVS
 - o Gestion des réclamations et événements indésirables
 - o Politique de bientraitance
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :
 - o Prestations hôtelières
 - o Restauration et nutrition
 - o Equipement médicalisé et installations à visée thérapeutique
- L'organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante :
 - o Locaux et installations dédiées aux soins
 - o Missions du médecin coordonnateur
 - o Soins individuels
 - o Prise en charge médicamenteuse
 - o Qualité et gestion des risques

Ces écarts et remarques, explicités tout au long du rapport, et récapitulés à la fin de rapport (Annexe 4), donneront lieu à des injonctions, prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité avec la réglementation et de rectifier certains modes de fonctionnement qui ne permettent pas une prise en charge de qualité et une sécurité optimale pour les résidents.

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

Fait à Nanterre, le 20 mai 2023

 Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARSIF	 Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESMS, Conseil départemental 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 :

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

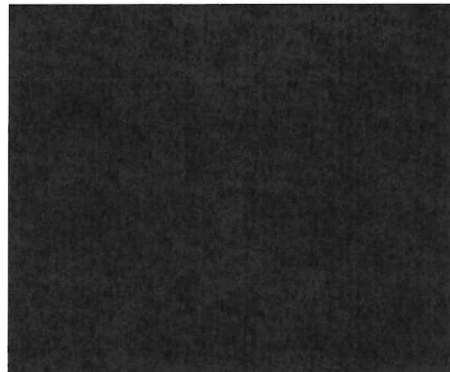
ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale

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



Saint-Denis, le 29 novembre 2022

Mesdames, Monsieur,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS.

Les effets attendus du plan sont les suivants :

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence CHAMPFLEURY (FINESS 920802162) situé au 12 rue Jules Hetzel 92310 Sèvres, géré par le groupe privé non lucratif Arpavie et qui sera menée conjointement par l'ARS et le Conseil départemental des Hauts de Seine.

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

- La gestion des ressources humaines : la conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, le taux d'absentéisme et le recours à l'intérim, la formation, la prévention des risques professionnels, la gestion des dossiers du personnel ;
- Le respect des droits des résidents : le nombre et profils des résidents, les modalités d'accueil et d'accompagnement, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes, la communication avec les familles et CVS, la gestion et le suivi des événements indésirables graves.

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

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante : la qualité et la sécurité du soin, le circuit du médicament, l'organisation des soins, les transmissions inter équipes, la politique en faveur de la bientraitance.



Cette inspection s'effectuera de façon inopinée à compter du Mercredi 7 décembre 2022.

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 1421-33 du code de la santé publique. L'agent ayant la qualité de médecin aura accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de sa mission dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

Un rapport nous sera remis dans un délai d'un 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 me 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

Renaud PELLE

Pour le Président du Conseil départemental
des Hauts-de-Seine, et par délégation, la cheffe du
service contractualisation, tarification, contrôle
Pôle Solidarités

Patricia GRANGER

Annexe 2 : Liste des documents sollicités par la mission d'inspection

Mercredi 7 décembre 2022

EHPAD Champfleury

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

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

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie papier et Bluefiles	A compléter par la direction
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale (92 et hors 92) et leur GIR (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	1 copie papier + une copie sur Bluefiles	X
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (CDI/CDD, stagiaires, libéraux) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (<u>format EXCEL</u> et non pdf)	1 copie papier + une copie sur Bluefiles	X

Documents à remettre avant 10 H 30 ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur Bluefiles ou consultation	A compléter par la direction
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie papier + une copie sur Bluefiles	X
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie papier + une	X

		copie sur Bluefiles	
E	Un plan des locaux	1 copie papier + une copie sur Bluefiles	X
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie papier + une copie sur Bluefiles	
G	Liste des résidents sortis depuis Décembre 2021	1 copie papier + une copie sur Bluefiles	X
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 + une copie sur Bluefiles	X

Ces pièces devront être transmises dans les meilleurs délais via la plateforme sécurisée de l'ARS IDF

Chaque document devra commencer par : « EHPAD Champfleury » et sera déposé à l'attention de [REDACTED]

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 prescripteur et de l'IDEC	une copie sur Bluefiles	X
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 prescripteur	une copie sur Bluefiles	X
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	une copie sur Bluefiles	X
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	une copie sur Bluefiles	X
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	une copie sur Bluefiles	X
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	une copie sur Bluefiles	X
7	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	une copie sur Bluefiles	X
8	Planning des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	une copie sur Bluefiles	X
9	Planning des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	une copie sur Bluefiles	X
10	CR des réunions d'équipes		

11	Projet d'établissement	une copie sur Bluefiles	X
12	Projet de soins	une copie sur Bluefiles	X
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	une copie sur Bluefiles	X
14	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD 2021 (Art R. 314-232 CASF)	une copie sur Bluefiles	X
15	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2021 et janvier à août 2022</u>	une copie sur Bluefiles	X
16	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	une copie sur Bluefiles	X
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 septembre, octobre et novembre 2022 + planning prévisionnel de décembre 2022 Précision de la légende des sigles utilisés	une copie sur Bluefiles	X
18	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N+1, attestations des formations suivies	une copie sur Bluefiles	X
19	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	
20	Dossiers RH des salariés	Consultation	
21	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	une copie sur Bluefiles	

			X
--	--	--	---

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
22	Les fiches de tâches heurées des ASH	une copie sur Bluefiles	X
23	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	une copie sur Bluefiles	X
24	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	
25	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	
26	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M		X
27	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)		
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			
28	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	une copie sur Bluefiles	X
29	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	une copie sur Bluefiles	X

30	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
31	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	une copie sur Bluefiles	X
32	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	une copie sur Bluefiles	X
33	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
34	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	une copie sur Bluefiles	X
35	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2022) ;	Consultation	
36	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	une copie sur Bluefiles	X
37	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
38	Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques	Consultation	
39	Produits en vente en boutique – liste des produits-tarifs et caisse	Consultation	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante			
40	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	
41	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	une copie sur Bluefiles	X

42	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	une copie sur Bluefiles	X
43	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	une copie sur Bluefiles	X
44	Liste nominative des médecins traitants des résidents	une copie sur Bluefiles	X
45	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	une copie sur Bluefiles	X
46	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD), les services de psychiatrie, etc.	une copie sur Bluefiles	X
N°	<p>Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant</p> <p>Noter directement sur chemise les infos importantes</p>	<p>Copie sur BLUEFILES ou consultation</p>	<p>A compléter par la direction</p>
47	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	une copie sur Bluefiles	Pas de contrat signé
48	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	une copie sur Bluefiles	
49	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et le détail de certains protocoles : admission, chute, douleur, pansements, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	une copie sur Bluefiles	X
50	Procédure d'évaluation du risque légionelle (identification des résidents vulnérables)	une copie sur Bluefiles	En cours
51	DARI	une copie sur Bluefiles	En cours

52	Récapitulatif des chutes année 2021 et 1 ^{er} semestre 2022	une copie sur Bluefiles	X
53	Tableau de suivi 2021-2022 des poids/IMC des résidents	une copie sur Bluefiles	X
54	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	une copie sur Bluefiles	X
55	Vaccination antigrippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	une copie sur Bluefiles	X
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins			
56	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	une copie sur Bluefiles	X
57	Factures 2020 et 2021 des consommables (protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres, gants) et des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	une copie sur Bluefiles	X
58	Prestations hôtelières : Retrait des nappes en toiles plastiques posées sur les nappes en tissus qui sont changées quotidiennement. (cf mail du 13/12/2022)	une copie sur Bluefiles	X

Annexe 3 : Liste des écarts et remarques relevés et formulés par la mission d'inspection

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis février 2022, le directeur médical adjoint vient pallier pour 0,2 ETP par semaine. L'établissement ne possède pas de médecin coordonnateur titulaire et le directeur médical adjoint est détaché à moins de 0,8 ETP, ce qui ne satisfait pas à l'article L. 312-156 du CASF.
E2	Il est arrivé que le médecin traitant soit injoignable pour la signature du constat de décès, et il n'a pas été possible non plus d'avoir recours au médecin de l'astreinte médicale du groupe Arpavie. En l'absence de médecin coordonnateur, aucune procédure n'est mise en place pour les constats du décès de résidents et rédiger les certificats, conformément aux dispositions de l'article R.2213-1-1 du CSP.
E3	Le règlement de fonctionnement n'est pas approuvé par le CVS conformément à l'article R311-34 du CASF.
E4	Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente et conforme à l'autorisation en vigueur (conformément à L.313-1alinéa 4 du CASF)
E5	L'élaboration et la révision du projet d'établissement doivent faire l'objet d'une consultation du CVS tel que prévu au décret n°2022-688 du 25 Avril 2022.
E6	La mission a constaté que certains événements indésirables n'avaient pas été signalés aux deux autorités de tutelle simultanément. De plus, il n'a pas été fait état d'un outil permettant à l'ensemble du personnel de signaler tout événement indésirable et/ou dysfonctionnements conformément à l'article L.331-8-1du CASF, et aux dispositions des articles R.331- 8 à R.331-10 du CASF.
E7	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables et les dysfonctionnements, au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
E8	Le registre des entrées et sorties de l'EHPAD n'est pas signé par le maire de la commune (Art. R. 331-5 CASF).
E9	Le contrat de séjour (Article 4-1-4) ne mentionne pas clairement la prestation linge comprise dans le tarif conformément au décret n°2022-734 du 28 avril 2022, portant sur diverses mesures d'amélioration de la transparence financière.

N°	Liste des remarques relevées par la mission
R1	Il n'existe pas de procédure spécifique concernant l'organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur.
R2	La mission constate que l'organigramme actuel ne fait pas apparaître distinctement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents salariés de l'EHPAD.
R3	En l'absence d'un protocole d'accueil des nouveaux salariés, les professionnels sont parfois amenés à quitter leur poste de travail pour accompagner les nouveaux arrivants.
R4	L'établissement bien que vérifiant systématiquement le casier judiciaire des futurs salariés à l'embauche, cette étape ne fait pas l'objet d'une traçabilité conservée dans le dossier administratif de l'agent.
R5	Les attestations de formation ne sont pas toutes présentes dans les dossiers administratifs des salariés.
R6	Aucune fiche de poste nominative n'a été retrouvée dans les dossiers administratifs des salariés.
R7	Nombre de salariés n'ont pas de supports d'évaluation dans leurs dossiers.
R8	Il n'existe aucune procédure pour remplacer le personnel absent de façon inopinée.
R9	Les membres de la mission ont constaté à l'étude des dossiers RH qu'aucune fiche de poste n'était individualisée ni signée.
R10	Toutes les prescriptions sont accompagnées de la mention « aide à la vie courante ».
R11	Le livret d'accueil n'est pas actualisé régulièrement par l'établissement et ne comporte pas de date d'applicabilité.
R12	Le contrat de séjour ne comporte pas de date d'actualisation et d'applicabilité.

R13	A compter du 1er janvier 2023, le règlement de fonctionnement doit préciser les nouvelles modalités de composition élargies du CVS conformément au décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant sur l'élargissement et la composition du CVS.
R14	La mission n'a pas constaté l'existence d'une programme d'animation spécifique pour l'unité de vie protégée.
R15	Chaque thématique identifiée dans le projet d'établissement ne comporte pas : la liste des actions, les responsables, l'échéance ainsi que les indicateurs de suivi.
R16	La dernière évaluation interne date de 2013, celle externe date de 2014, elles auraient dû être à nouveau faites en 2018 et 2019.
R17	Arpavie doit s'assurer que les informations de l'établissement diffusées sur les sites internet soient concordantes avec la réalité.
R18	La mission n'a pas constaté l'existence d'outil commun (tableau partagé ou logiciel) permettant à l'équipe administrative et médicale de suivre l'avancée du dossier d'admission.
R19	La mission a constaté que l'animatrice n'a pas de qualification à l'animation et aucune formation spécifique n'est prévue dans son plan de formation pour développer ses compétences.
R20	Le programme d'animation actuel ne permet pas de visualiser l'ensemble de l'offre d'animation proposée sur l'établissement (les activités réalisées par les autres professionnels de l'établissement notamment la psychologue, la psychomotricienne, les soignants etc...) et il n'existe pas d'outil unique pour tracer les activités réalisées.
R21	Il a été rapporté à la mission que le véhicule de l'établissement était en panne, ce qui réduit l'offre de sorties à l'extérieur.
R22	Il convient au directeur de signaler tout évènement indésirable et dysfonctionnement aux deux autorités de tutelle simultanément.
R23	La personne qui déclare un EI doit pouvoir bénéficier de son libre arbitre et la validation par le directeur territorial n'a pas de raison d'être.
R24	La mission n'a pu avoir accès à un registre des EI et dysfonctionnements ni en papier, ni en version informatique. A la lecture des divers comptes rendus de CVS fournis, il n'est nullement abordé la question des EI et dysfonctionnements.

R26	La mission n'a pas constaté l'existence de fiche de procédure des plaintes et réclamations des familles mentionnant : la date, le nom de son auteur et de son valideur, la catégorie de personnes auxquelles elle s'adresse, la recherche d'un plan d'action, la possibilité d'un recours aux personnes qualifiées permettant aux résidents / familles de faire valoir leurs droits.
R26	L'EHPAD ne fait pas mention de l'existence d'un système d'enregistrement permanent de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents et des familles.
R27	La mission n'a pas eu connaissance de mise en place d'enquêtes de satisfaction ni de présentation de leurs résultats aux résidents et à leurs familles.
R28	La mission a constaté, qu'au vu de la surface de l'établissement et de la scission entre les deux unités (bâtiment principal et de l'UVP, plus loin dans la rue), l'affichage du 39 77, et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, uniquement à l'entrée, est insuffisant, pour une sensibilisation efficace.
R29	L'établissement doit s'assurer que le contenu du trousseau de linge Hôtelier et que la prestation de nettoyage du linge personnel des résidents sont conformes à la prestation socle.
R30	La taille d'une grande majorité de chambres (105) est d'une superficie inférieure aux recommandations qui situent la taille minimum d'un logement individuel de 16 à 20 m2 pour les constructions existantes.
R31	Les membres de la mission ont en fin de journée été appelés à l'aide par un résident. En effet, une autre résidente en fauteuil roulant, venait de tomber à l'intérieur de la cage d'ascenseur sans existence d'un système d'alerte.
R32	Les évaluations MMSE, Nies, Escarre, le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) le volet de synthèse médicale (VSM) ne sont pas mises à jour ou peu renseignées.
R33	Lors de l'entretien avec le directeur, ce dernier a informé les membres de la mission de l'absence de transmission effective entre le personnel de jour terminant à 21h et de nuit commençant à 20h45.
R34	Il n'existe ni liste préférentielle des médicaments, ni liste des médicaments non broyables.