

Cabinet de la Directrice générale

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale du Val-d'Oise

Conseil départemental du Val-d'Oise

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) Les Hirondelles
2 Rue Ferdinand Buisson, 95190 Goussainville
N° FINESS 950015958**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2024_IDF_00064
Contrôle sur place le 16/07/2024**

Mission conduite par

- [REDACTED], Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise
- [REDACTED], Chef du service Qualité et Contrôle des ESSMS, Direction de l'offre médico-sociale.
- [REDACTED], Gestionnaire qualité, service qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale.

Accompagné par

- [REDACTED], Chargée de mission désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que *« ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - *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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».*

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement	5
Constats.....	8
Gouvernance.....	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie.....	11
Animation et fonctionnement des instances	16
Gestion de la qualité.....	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	20
Gestion des ressources humaines	20
Gestion d'information.....	25
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	27
Sécurités	31
Récapitulatif des écarts et des remarques	32
Écarts	32
Remarques	35
Conclusion	38
Glossaire.....	39
Annexes	40
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	40
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.....	42
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées.	44

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et le conseil départemental.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Résidence Les Hirondelles, situé au 2 rue Ferdinand Buisson, 95190 Goussainville, n°FINESSE ET : 950015958, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 16 juillet 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental du Val-d'Oise.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 2 rue Ferdinand Buisson à Goussainville (95190), l'EHPAD les Hirondelles est géré par l'organisme gestionnaire « Groupe Mieux Vivre » dont le siège social est situé au 12bis avenue Antoine Becquerel 33 608 PESSAC CEDEX.

L'arrêté n°2010-186 autorise la société SARL « MAPAD santé » à créer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « EHPAD » de 89 places d'hébergement permanent (dont 27 places dédiées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, de 2 places d'hébergement temporaire et en accueil de jour de 8 places sur la commune de Goussainville.

L'arrêté n°2014-216 du 20 octobre 2014 autorise la cession de l'EHPAD « Goussainville » détenue par la SARL « MAPAD Santé » au profit de la SAS « Résidence de Provence », et acte la suppression des 8 places d'accueil de jour.

L'arrêté n°2020-75 du 4 février 2020 autorise un changement de la dénomination de l'EHPAD « Résidence Goussainville » géré par la SAS « Résidence de Provence » en « Résidence les Hirondelles ».

L'arrêté n°2022-122 autorise la création d'un Pôle d'activités et de Soins Adaptés de 14 places au sein de l'EHPAD « Résidence les Hirondelles » suite à l'avis favorable de la visite de fonctionnement réalisée le 7 août 2018.

Au jour de l'inspection, l'EHPAD les Hirondelles dispose de 91 places d'hébergement dont deux unités de vie protégées de 13 places dédiées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Les 91 places d'hébergement sont réparties en 89 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire. L'arrêté N°2014-216 ayant mis fin à l'activité des 8 places en accueil de jour.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 30% de sa capacité totale, soit 27 places d'hébergement.

Selon la décision tarifaire de 2024, le GMP s'élève à 758 et le PMP à 214¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 87 résidents accueillis en 2024 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Les Hirondelles, 2024	14,9%	43,7%	17,2%	21,8%	2,2%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le CPOM est négocié au niveau départemental, aucune négociation n'a été lancée au jour de l'inspection. L'EHPAD participe au dispositif médecin prescripteur.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD LES HIRONDELLES		
Nom de l'organisme gestionnaire	SAS RESIDENCE DE PROVENCE		
Numéro FINESS géographique	950015958		
Numéro FINESS juridique	950040071		
Statut juridique	PRIVE A BUT LUCRATIF		
Option tarifaire	TARIF PARTIEL		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	89	89
	HT	2	
	PASA	14	14
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	27		

	Année 2018
PMP Validé	214
GMP Validé	758

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation				
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ?	Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif. Les obligations liées à ce statut sont satisfaites.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95%	L'établissement dispose d'une autorisation pour : - 89 places d'hébergement permanent - 2 places d'hébergement temporaire - Un PASA Le jour de la visite, l'établissement est conforme aux conditions d'autorisation. L'établissement dispose de deux unités de vie protégée (UVP) de 13 places chacune. Le PASA était exceptionnellement fermé. L'établissement dispose uniquement de chambres simples. Le jour de la visite, 96% des résidents sont présents dans l'établissement soit 87 personnes accueillies Le taux d'occupation à l'année N-1	E 1	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, Quel est le nombre de personnes relevant d'un régime de protection juridique ?	87 résidents accueillis au sein de l'établissement le jour de la visite. La moyenne d'âge est de 84 ans. 26 personnes sont en UVP. Le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique s'élève à 42.		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie				
1.2.1.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ?	Le règlement de fonctionnement a été fourni à la mission. Il date du 1 ^{er} janvier 2023 et est affiché à l'accueil.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation (p.5) ; - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement contient bien les éléments suivants : - respect des droits des personnes prises en charge (p.1) ; - modalités d'association des familles (p.4) ; - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation (p.5) ; - sûreté des personnes et des biens (p.7) ; - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle (p.6) ; - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues (p.4) ; - transferts et déplacements (p.6) ; - délivrance des prestations offertes à l'extérieur (p.6) ; - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs (p.8) ; - sanctions des faits de violence sur autrui (p.12). Le règlement de fonctionnement ne contient pas les éléments suivants : - les affections, la dépendance, Alzheimer ; - l'organisation des soins ; - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	E 2	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement n'est pas formalisé. D'après la direction, le projet est en cours. Les entretiens et le rétroplanning confirment cela. Le projet d'établissement, tel que défini par le Code de l'action sociale et des familles, est un document stratégique qui doit être mis en place dans chaque EHPAD. Il vise à formaliser les objectifs de prise en charge, à définir les moyens humains et matériels nécessaires, et à structurer l'organisation des soins et des services offerts aux résidents. Il doit être réévalué régulièrement.	E 03	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicalemente élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	En l'absence du projet d'établissement à jours ces éléments ne sont pas appréciables.	Cf. E 03	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Le document n'a pas été transmis à la mission.	E 04	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	Le directeur est en poste depuis le 11 septembre 2021. Depuis le 1 ^{er} mai 2024, il assure l'intérim sur l'EHPAD de Montmagny du même groupe. L'organigramme de l'établissement a été transmis et est affiché à l'accueil. En revanche, les ETP ne figurent pas dans le document.	R 01	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Les CODIR ont lieu une fois tous les mois. Sont présents : la direction, les deux assistantes de direction, L'IDEC, le Medco, l'agente de maintenance, le chef cuisinier, la psychologue, l'animatrice, selon la déclaration du directeur. La secrétaire de direction rédige le compte-rendu. La mission a constaté un manque d'assiduité dans la rédaction des comptes-rendus.	R 02	
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ?	La mission n'a pas relevé de conflit entre la direction actuelle et les professionnels. Le directeur la mission informe que l'établissement a deux contentieux aux prud'hommes. A la suite du passage de la mission, la seule IDE en poste a démissionné.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? fréquence et modalités ? Existe-t'il un soutien effectif et de quelle nature ?	Les relations entre le directeur et le gestionnaire semblent fluides. L'établissement peut se référer à l'organisme gestionnaire en cas de besoin, notamment sur la démarche qualité et l'analyse des pratiques.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	Le directeur assure ses fonctions depuis le 11 septembre 2021. Il assure l'intérim pour un autre EHPAD du même groupe depuis le 1 ^{er} mai 2024. Le dossier administratif du directeur n'était pas à disposition au sein de l'établissement, il n'a donc pas pu être consulté par la missions. La fiche de poste n'a également pas été transmise.	R 03	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	Le directeur a une formation IDE. Il a un master en management de structure sanitaire et un master en expertise gérontologique. Les diplômes du directeur sont réglementaires et ont été transmis à la mission.		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ?	Le directeur est seul à faire des astreintes administratives. Il est toujours joignable par téléphone. Il assure l'astreinte sur les deux établissements. Lorsqu'il est absent, c'est la directrice régionale qui assure le relai. La direction indique qu'une astreinte technique est mise en place pour les problèmes liés à l'eau chaude, l'électricité, etc.	R 04	
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ?	La direction de l'EHPAD est présente le jour de la visite.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ?	Les délégations ont été formalisées par écrit. Le document a été transmis à la mission et date du 13 décembre 2021.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Le directeur ne subdélègue pas sa signature.	E 05	D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	Le jour de la visite, l'établissement dispose d'une IDEC en cours de formation (1 ETP). Lors de la réunion de restitution, le directeur informe la mission que l'IDEC a déposé sa démission.	E 06	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	Aucune fiche de poste intégrée dans le dossier administratif de l'IDEC.	R 05	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Un medco est présent sur l'établissement à hauteur de 0.3 ETP. Il est présent tous les jeudis et les samedis matin. Le médecin ne fait aucune astreinte médicale.	E 07	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le Medco est titulaire d'un diplôme de médecine spécialiste en gériatrie depuis le 04 août 2017.		D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
1.2.2.17	Management et Stratégie	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions.	Le medco et le directeur ont signé un contrat sur les modalités d'exercice.		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) - R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) - L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Etablissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social – Médiatique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Les affichages suivants sont présents et visibles dans l'établissement : - tarifs / arrêté du CD - organigramme - règlement de fonctionnement - PV des CVS et composition CVS - PV des commissions de restauration - charte des droits et libertés de la personne accueillie - programme des animations de la semaine - menus affichés à jour - tarifs et horaires des diverses prestations Les affichages suivants ne sont pas présents dans l'établissement : - résultats de la dernière enquête de satisfaction - numéro 3977/ALMA	E 08	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Qui sont établis les ordres du jour ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?	Le CVS est en place et très actif sur l'établissement. Les dernières élections ont eu lieu il y a deux ans. L'ordre du jour est établi par le directeur en lien avec la présidente et le représentant des familles du CVS. La composition du CVS est conforme à la réglementation. Le CVS se réunit 3 fois par ans. Le dernier CVS eu lieu le 9 juillet. Le prochain est prévu pour le février 2024.		Veille : actualisation prévue pour le 1er janvier 2023 D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS) Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les établissements publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS) R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Le CVS est informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'établissement.		

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité				
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Appréhender l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			

1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	L'assistante de direction est la référente qualité pour l'établissement. Elle n'a pas eu de formation spécifique, mais la responsable qualité du siège est en appui.	R 06	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ?	Il n'existe pas de PACQ dans l'établissement. Il est en cours d'élaboration en lien avec le siège. Un Copil qualité a lieu tous les mois avec l'ensemble des directeurs du groupe et la responsable qualité.	R 07	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
1.4.2.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise à l'autorité ayant délivré l'autorisation ?	L'évaluation externe a eu lieu le 23 et 24 avril 2024. Le rapport a été transmis à l'établissement. Des recommandations ont été données. Parmi elles : Les actions à mener concernent : - le déploiement de la réflexion éthique des professionnels et l'inscription de l'établissement dans les instances du territoire ; - L'implication des professionnels dans l'analyse et les actions correctives à mener à la suite d'un événement indésirable et événement indésirable grave (dysfonctionnement, plainte, acte de maltraitance...) - La participation des professionnels à la réactualisation du plan de gestion de crises (plan bleu) - L'élargissement de la communication du plan bleu à toutes les parties prenantes (Tutelles, partenaires extérieurs, rappel professionnels)		L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Managérial			
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Des documents de promotion de la bientraitance sont affichés dans l'établissement. Des formations bientraitance sont proposés à l'ensemble des professionnels et indiqués dans le plan de formation.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007

					HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?	Il existe des formations sur la sexualité des personnes âgées. Le sujet est bien pris en compte par l'établissement. En revanche, il n'existe pas de protocole concernant des situations de violences.	R 08	Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?	Les cas de maltraitances sont signalés à la direction et traités en interne. L'ensemble des éléments sont retranscrits sur le logiciel [REDACTED] Les signalements ne sont pas transmis systématiquement aux autorités de contrôle. L'organisme gestionnaire prend la décision de transmettre ou non les signalements.	E 09	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - réclamations - plaintes des résidents	Les réclamations et événements indésirables sont enregistrés sur le logiciel [REDACTED]		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ?	Les professionnels n'ont pas la possibilité de signaler directement les événements indésirables (EI). C'est l'assistante qui recueille les EI et les retranscrits sur [] pour les transmettre à l'OG. L'OG retransmet l'EI avant de prendre la décision de le transmettre ou non aux autorités de tutelles.	E 10	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Les EI sont abordés en réunion STAFF avec l'ensemble des professionnels. Des actions correctrices sont mises en places adaptées aux situations. Des retours oraux sont faits aux déclarants.		L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration) dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République	Le signalement d'événement indésirable est essentiellement fait en interne et est transmis aux autorités administratives suivant l'accord du siège.		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration E/I/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

Fonctions support

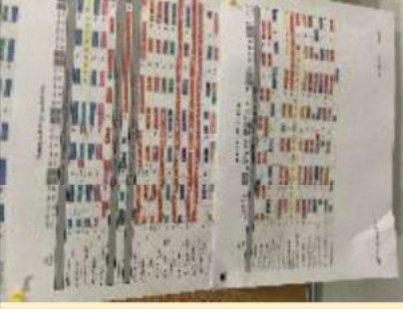
Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - qualifications, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants	Selon les documents transmis par le directeur datant du 17 juin 2023, les personnels permanents présents à la date du contrôle s'élèvent au total à 47,35 ETP, répartis de la façon suivante : - Administratif : 3,00 ETP - Cuisines / Services généraux : 4,60 ETP - Animation : 1,00 ETP - ASH : 13,00 ETP - AVS / AS / AMP : 21,00 ETP - IDE : 3,00 ETP - Psychologue : 0,50 ETP - Psychomotricien : 0,80 ETP - MEDCO : 0,45 ETP Cet effectif réel ne correspond pas à celui prévu dans l'EPRD 2024 en raison de plusieurs postes vacants à la date du contrôle (3 postes d'aide-soignant + 3 postes d'IDE + 0,25 ETP de MEDCO). Ces postes vacants sont partiellement suppléés par le recours aux vacataires (soit 2 postes d'AS sur 3 et 1 à 2 postes d'IDE sur 3 en fonction du taux d'occupation). Le ratio d'encadrement pour la prise en charge en soins (capacité HP : 89 places x Dernier PMP validé : 214 / total ETP	E 11	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			IDE : 3,00 ETP = 6 349) est très supérieur au seuil critique (> 4300). L'atteinte de cette cible nécessite de pourvoir les postes vacants. Le ratio d'encadrement pour la prise en charge en dépendance (capacité HP : 89 places x Dernier GMP validé : 758 / total ETP AVS / AS / AMP : 21,00 ETP = 3 212) est situé à la limite du seuil critique (> 3200). Deux postes d'AS sont en cours de recrutement et occupés temporairement par des vacataires ; ce qui devrait améliorer sensiblement ce ratio. Cependant, le tableau des effectifs transmis date du 17 juin 2023 et par conséquent n'est pas à jour.		
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	Selon le document datant le 17 juin 2023, l'établissement privilégie massivement l'emploi en CDI (qui concerne plus de 83% des personnels à la date du contrôle). Le recours au CDD se limite essentiellement aux remplacements pour arrêt maladie ou accident du travail. Les postes permanents vacants pourvus par des vacataires restent relativement marginaux (3 postes concernés à la date du contrôle) et concernent les fonctions d'aide-soignant et d'infirmier. Malgré ce constat l'évaluation de ces données n'est pas appréciable au jour de l'inspection en raison de la date de production du document.	E 12	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 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Le taux d'absentéisme indiqué par la direction de l'établissement est de l'ordre de [] en 2023, il est légèrement élevé par rapport à la médiane nationale des EHPAD. En 2022, il a été calculé à [] par l'établissement. La mission a constaté un écart de [] avec les données enregistrées sur l'ANAP en 2022 (taux d'absentéisme de [] les données 2022 (hors formation)).	E 13	L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - diplôme / inscription à l'Ordre, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/ feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	Un échantillon de 8 dossiers administratifs des professionnels a été consulté par la mission de contrôle. Dans leur globalité, le classement des dossiers est homogène (documents rangés par item), mais ils sont parfois incomplets concernant notamment : l'état civil (CNI ou titre de séjour), le casier judiciaire (recherche de l'extrait du bulletin n° 3), contrat de travail, diplôme.	E 14	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ?	L'établissement a recours à 3 types de personnes externes : - 1 psychomotricienne (à raison de 4 heures hebdomadaires), - 4 Kinés, - et 4 bénévoles. La mission de contrôle a relevé chez beaucoup de résidents, l'absence de désignation d'un médecin traitant.	E 15	Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial - Social			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?	Plusieurs actions de formation ont été suivies (ou seront suivies) par les professionnels de l'établissement en 2023 et 2024 sur des thèmes diversifiés : - Formations réglementaires : incendie, AFGSU, HACCP ; - Formations relatives à la prévention des risques professionnels : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique - Sanitaire et Social (PRAP 2 S), animateur prévention, ... ; - Formations internes : gestion des situations d'urgence, dénutrition, prise en charge de la douleur, soins buccaux et escarre, prévention des risques suicidaires, dépression, trouble du comportement, affection virale, ... ; - Formations RH : tutorat ; - Formations liées au savoir-être : relation harmonieuse avec les familles, cohésion d'équipe, bienveillance de soi et de l'autre, bientraitance, Tous les professionnels interrogés ont confirmé avoir un accès facilité aux formations, y compris sur des thèmes indirectement liés à leurs missions (ex : sexualité des personnes âgées). Une ASH a pu bénéficier en 2023 d'une formation qualifiante pour accéder au diplôme d'AS. Une VAE est également en cours pour une auxiliaire de vie faisant-fonction d'AS.		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
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ?			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	L'accueil d'un nouveau salarié se déroule dans un premier temps par la remise d'un livret explicatif sur l'organisation de l'établissement, suivie d'une journée en binôme avec un titulaire référent (trois tuteurs ont ainsi été formés en juin 2024). L'intégration se poursuit ensuite avec plusieurs jours d'accompagnement avec l'IDEC et une référente ASH (notamment pour une information sur le circuit du linge).		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ?	Une réunion staff a lieu toutes les semaines pour les deux équipes pour évoquer les EI/EIG rencontrés au cours de la semaine précédente, les besoins/souhaits/difficultés exprimés par les familles, les aspects organisationnels, etc. Les informations diffusées au cours de ces réunions ne sont néanmoins pas tracées dans un compte-rendu. L'établissement ne propose pas à ce jour de groupes d'analyse des pratiques professionnelles (en cours de réflexion par la responsable qualité régionale).	R 09 R 10	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hospitalières ?	Les plannings sont systématiquement établis à l'avance, et précisent très clairement les postes et unités d'affectation. La mission a ainsi observé lors du contrôle (réalisé le 16 juillet 2024) l'affichage du planning complet pour le mois de juillet 2024 (photo 1). Le jour de l'inspection, le planning d'actuel n'a pas encore été établi. D'après les entretiens, le planning est réalisé tardivement pour permettre aux agents de se positionner auprès d'autres établissements.	R 11	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			 Photo 1		
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée.	Les deux équipes de jour travaillent en alternance sur un cycle de 70h par quinzaine avec des horaires fixes		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant ?	D'après la liste du personnel remise par l'établissement datée du 17 juin 2023, la majorité des salariés sont affectés à des missions correspondant à leur qualification. Trois postes soignants (sur 21 postes existants) sont occupés par des faisant-fonctions. La mission ne peut apprécier les informations concernant la qualification des personnels du fait que la liste des membres du personnel n'est pas à jour.	R 12	
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - 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...?	Des fiches de tâche existent par catégorie professionnelle, mais celles-ci sont obsolètes (dernière actualisation en 2014). Ces fiches disponibles dans le dossier administratif ne sont pas toujours nominative ni signée par l'agent.	R 13	
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	D'après les entretiens menés auprès des différentes catégories de personnel, les tâches sont délimitées strictement selon le niveau de qualification de l'agent.		L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- l'état des lieux à l'entrée dans le logement privatif ; - le formulaire de recueil des dernières volontés ; - et le cas échéant, la décision de protection juridique.		
2.3.4.4	Gestion d'information	Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	Les informations médicales sont stockées dans le logiciel [REDACTED] dont les accès sont restreints selon le profil de l'agent.		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel) HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement				
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	L'EHPAD est relativement récent (ouverture en 2014), et les locaux sont bien entretenus. Les sols étaient en particulier déjà très propres lors de l'arrivée de la mission de contrôle (aux alentours de 9h) - Photo 2.  Photo 2 En revanche, les offices « cuisines » visitées lors de l'inspection étaient en mauvais état (ex : porte qui se décroche), Photo 3  Photo 3		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espace	L'EHPAD est-il climatisé ?	La climatisation est présente dans les salles communes de l'établissement.		D312-161 CASF (pièce rafraichissante)

N°IGAS	Sous-thème extérieurs et équipement	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	L'aménagement des locaux intérieurs est conforme et adapté à la population accueillie. Des barres d'appui sont présentes dans tous les espaces de circulation de l'EHPAD (photo 4), et des fauteuils sont disposés à plusieurs endroits (photo 5). Les salons sont également vastes pour permettre de circuler aisément (y compris pour des fauteuils ou déambulateurs). L'établissement dispose d'un affichage pour se situer dans les espaces et de nombreux fauteuils sont mis à disposition dans les espaces collectifs.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	 Photo 4  Photo 5	E 16 R 15	Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée". L. 311-3 1° CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			 Photo 6 L'extérieur de l'établissement, situé à l'entrée principale, présente en revanche un risque majeur de chute du fait de la possibilité de se rendre dans le parking souterrain. Ce parking est par ailleurs utilisé pour stocker des matériels anciens et/ou usagés (photo 7).  Photo 7		
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Le suivi des réparations est assuré par 1 ETP d'agent de maintenance.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Une majorité des chambres sont équipées de rails installés au plafond (photo 8). Les professionnels interrogés indiquent utiliser fréquemment les rails ou les lève-malades en raison des incapacités lourdes des résidents.  Photo 8		L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) qu'elles soient faites en interne ou externalisées <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Financiers			
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ?	Le traitement du linge est entièrement externalisé : - le linge plat par la [redacted] - le linge des résidents par [redacted] Deux salles distinctes sont affectées respectivement à la récupération du linge sale (photo 9) et au stockage du linge propre (photo 10).  Photo 9		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			 Photo 10		

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurités				
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques ?	Le portail de l'établissement est équipé d'un digicode intérieur et extérieur.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Nature de l'écart	Textes de référence	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
E 01	Constat : Le taux d'occupation à l'année Ecart : Il est observé un taux d'occupation de ce qui représente un écart par rapport à l'objectif fixé de 95%. Cet écart pourrait être dû à plusieurs facteurs, qui doivent être analysés plus en détail afin d'identifier les leviers d'amélioration pour atteindre un taux d'occupation correct.	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans)	1.1.1.2	10
E 02	Constat : Les compte-rendu des réunions hebdomadaires ne sont pas rédigés et diffusés. Ecart : L'absence de compte-rendu pour les réunions hebdomadaires de staff occasionne une déperdition des informations et décisions diffusées. L'absence de ces documents ne permettent pas de contrôler une prise en charge cohérente et coordonnée des résidents.	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)	1.2.1.2	11
E 03	Constat : Le projet d'établissement n'est pas formalisé. D'après la direction, le projet est en cours. Ecart : Le projet d'établissement n'est pas formalisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311 -3 du CASF.	articles L.311-3 1° et 3° du CASF).	1.2.1.4	12
E 04	Constat : Le plan bleu n'a pas été transmis à la mission d'inspection Ecart : L'absence de plan bleu constitue un écart à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, à l'arrêté du 30 décembre 2004 imposant aux établissements médico-sociaux, y compris les EHPAD de disposer d'un plan de continuité d'activité, et notamment un plan bleu qui détaillera les procédures en cas de crise majeure (épidémie, pandémie, etc.).	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	1.2.1.6	12
E 05	Constat : Le directeur ne subdélègue pas sa signature. Ecart : L'absence de procédure de subdélégation contrevient à l'article D. 315-67 du CASF. Cela entraîne un risque de ralentissement dans la prise de décision quotidienne et peut nuire à l'efficacité opérationnelle des services de l'EHPAD ainsi que sa continuité.	D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)	1.2.2.11	14
E 06	Constat : Au jour de l'inspection, le directeur informe la mission que l'IDEC a déposé sa démission. Celle-ci n'avait pas de diplôme d'IDEC Ecart : L'absence de présence d'IDEC a l'issu de l'inspection constitue un écart à l'article L. 312-1 du CASF au regard de la garantie de la qualité des prestations et de la continuité des soins.	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)	1.2.2.12	14

E 07	Constat : Le médecin coordonnateur exerce à hauteur d'un 0,3 ETP. Ecart : Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du Médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF. Un établissement comprenant entre 60 et 99 places suppose un médecin coordonnateur qui assure ces fonctions sur un équivalent tempsplein de 0,60.	D312-156 du CASF (ETP MedCo)	1.2.2.14	14
E 08	Constat : Les affichages suivants ne sont pas présents dans l'établissement : - résultats de la dernière enquête de satisfaction - numéro 3977/ALMA Ecart : Les enquêtes de satisfaction doivent être analysées et le numéro 3977/ALMA doit être affiché au sein de votre établissement conformément à la réglementation en vigueur.	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R. 311-34 CASF (règlement de fonctionnement)	1.2.3.5	
E 09	Constat : Les EI ne sont pas transmis aux autorités de contrôle. Ecart : Les EHPAD sont tenu de signaler à l'autorité compétente toute situation de maltraitance à l'égard des usagers dont ils ont connaissance au regard de l'article L. 311-8 du CASF et de l'article 434-3 du Coe Penal.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)	1.4.3.3	18
E 10	Constat : Les professionnels n'ont pas la possibilité de signaler directement les événements indésirables (EI). C'est l'assistante qui recueille les EI et les retranscrits sur pour les transmettre à l'OG. L'OG retransmet l'EI avant de prendre la décision de le transmettre ou non aux autorités de tutelles. Ecart : L'absence de possibilité des agents de transmettre eux même leur signalement aux autorités de contrôle contrevient à l'article L. 313-24 du CASF offrant la possibilité aux agents de témoigner par eux-même.	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'étabt et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)	1.5.1.3	
E 11 E 12 E 13	Constat : Le tableau des effectifs de 2023 a été transmis, ce qui ne traduit pas les effectifs présents en poste au jour de l'inspection. Par conséquent, le tableau des effectifs n'est pas tenu à jour. Ecart : L'absence de tableau des effectifs contrevient à l'article L. 312-8, ne permettant pas de contrôler les moyens humains de votre être établissement et donc remet en question la qualité des soins et la continuité des services.	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF	2.1.1.1, 2.1.1.6, 2.1.1.3	20
E 14	Constat : Incomplétude des dossiers administratifs des professionnels (état civil et casier judiciaire notamment) Ecart : L'absence de l'état civil et la traçabilité de rechercher des casiers judiciaires dans les dossiers administratifs des professionnels de santé d'un EHPAD constitue une non-conformité administrative car cela ne respectent pas les exigences légales en matière de sécurité des résidents et de qualité des soins inscrits aux articles L. 133-6 du CASF.	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)	2.1.1.7	21

E 15	Constat : La mission de contrôle a relevé chez beaucoup de résidents, la non-désignation d'un médecin traitant. Ecart : L'absence de Médecin traitant contrevient aux dispositions de l'article L. 311- 3 du CASF.	Art. D312-157 CASF, D312-155-0 II CASF L312-1 II 4°alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)	2.1.1.8	22
E 16	Constat : L'accès au parking souterrain n'est pas sécurisé, et présente un risque pour la sûreté des résidents.De plus l'entrée du parking se situe a une dizaine de mètre du PASA Ecart : L'accès au parking souterrain n'est pas sécurisé et créait un risque de chute. L'établissement est garnt de la sécurité des usager et doit prévenir de toute situation mettant en danger la sécurité des usagers au regard de l'article L. 311-9 du CASF.	Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée". L. 311-3 1° CASF	2.4.3.7	28

Remarques

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R 01	Constat : L'organigramme affiché au sein de l'établissement ne comporte pas le nombre d'ETP. L'organigramme transmis à la mission ne présente pas les noms des professionnels ni le nombre d'ETP par poste. Remarque : L'organigramme de l'établissement doit comporter le nombre d'ETP, le nom des professionnels et être tenu régulièrement à jour.	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008	1.2.2.1	12
R 02	Constat: La mission a constaté un manque d'assiduité dans la rédaction des comptes-rendus. Remarque: Le manque d'assiduité à la rédaction des documents ne permet pas de garantir la traçabilité des décisions prises, la qualité des soins, et la sécurité des résidents.		1.2.2.2	13
R 03	Constat: Le dossier administratif du directeur n'était pas à disposition au sein de l'établissement, il n'a donc pas pu être consulté par la mission. La fiche de poste n'a également pas été transmise. Remarque: L'absence de mise à disposition du dossier administratif du directeur ne permet pas d'apprécier ces qualifications au regard de l'article L. 311-4 du CASF.	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)	1.2.2.6	13
R 04	Constat : Le directeur est seul à faire des astreintes administratives. Il est toujours joignable par téléphone. Il assure l'astreinte sur les deux établissements. Remarque: Le fait que le directeur exerce seul les astreintes constitue un manquement en matières de bonne pratique de gestion des ressources		1.2.2.8	14

	humaines et de qualité des soins. La gestion des astreintes étant un aspect important de la gouvernance d'un établissement médico-social.			
R 05	Constat : La fiche de poste d' IDEC n'est pas présente dans son dossier administratif. Remarque : La fiche de poste de l'IDEC doit être présente dans le dossier administratif.	1.2.2.14		14
R 06	Constat : La responsable qualité et la référente qualité n'ont pas été formées au sein de l'établissement. Remarque : Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue il est nécessaire que la responsable qualité ainsi que la référente qualité soient formé pour veiller à l'amélioration des process interne.	1.4.1.1		
R 07	Constat : Il n'y a pas de PACQ au sein de l'établissement Remarque: Les EHPAD doivent élaborer des programmes d'amélioration continue pour améliorer la qualité des soins et la gestion de l'établissement. L'établissement doit mettre en place une démarche qualité qui inclut la gestion des risques, la formation des personnels, et l'évaluation des pratiques professionnelles.	1.4.1.7	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)	17
R 08	Constat : La mission d'inspection n'a pas constaté de protocole en cas de violences ou de harcèlements sexuels. Remarque: Dans un EHPAD un protocole d'agression est essentiel pour gérer de manière professionnelle et sécuritaire les situations d'agression, qu'elles soient physiques, verbales, ou psychologiques, qui peuvent survenir entre résidents, entre résidents et personnel, ou même entre membres du personnel.	1.4.3.2	Obligation hors fonction publique, Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)	18
R 09	Constat: Les informations diffusées au cours de ces réunions ne sont pas tracées dans un compte-rendu. Remarque : Les informations traduites lors de réunions interne ou externe doivent faire l'objet de compte-rendu régulier pour assurer la continuité de service et acter les prises de décisions.			
R 10	Constat : Aucun groupe d'analyse des pratiques professionnelles n'est à ce jour proposé aux salariés. Remarque : La mise en œuvre de groupe d'analyse des pratiques professionnelles est essentiel pour analyser et évaluer des situations particulières ou des incidents ayant eu lieu au sein de l'établissement. Ces groupes jouent un rôle crucial dans l'amélioration continue de la qualité des soins, la gestion des risques et la mise en œuvre des bonnes pratiques au sein des EHPAD.	2.1.3.1	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)	23
R 11	Constat: Le jour de l'inspection, le planning d'août n'ont pas encore été établi. D'après les entretiens, le planning est réalisé tardivement pour permettre aux agents de se positionner auprès d'autres établissements. Remarque: La réalisation des plannings n'est pas élaboré dans un délai suffisant pour permettre une anticipation et une fluidité des personnels en poste.	2.1.4.1		23

	Cela contraint l'établissement à s'ajuster dans des délais restreints, ne garantissant pas la qualité et la continuité des soins.			
R 12	Constat: La mission ne peut apprécier les informations concernant la qualification des personnels du fait que la liste des membres du personnel n'est pas à jour. Remarque: La liste du personnel n'étant pas à jour, la qualification des professionnels présents au jour de l'inspection ne peut être appréciée. Constat : Les fiches de tâches ne sont pas actualisées, et ne sont pas toujours attestées par l'ensemble des professionnels (document non nominatif et/ou non signé). Remarque: L'actualisation des fiches de tâches dans un EHPAD est un élément important de l'organisation du travail et de la gestion des soins. Elle garantit que les missions et responsabilités du personnel sont clairement définies, mises à jour et respectées, en fonction des besoins des résidents et des évolutions de l'organisation interne de l'établissement. Constat: Les dossiers administratifs des résidents sont partiellement remplis. A titre d'exemple, certains documents sont manquants tels que : <i>CNIL, désignation de la personne de confiance, état des lieux, recueil des dernières volontés.</i> Remarque: L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux au regard de l'article L.311-3 du CASF. Il est donc essentiel d'informer les résidents et de veiller à la complétude et la protection de toutes informations concernant leur prise en charge.	2.1.4.10	24	
R 13		2.1.4.2	24	
R 14		2.3.4.2	25	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.
R 15	Constat: Le parking souterrain est réaffecté en partie pour le stockage de matériels anciens et/ou usagés (fauteuils roulants, lève-malades, etc.). Remarque: Le matériel de l'établissement doit être stocké dans un lieu clos afin d'éviter de mettre en danger les résidents qui ont accès au parking.	2.4.3.7	28	Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés..." et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée". L. 311-3 1° CASF

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Les Hirondelles à Goussainville a été réalisée en visite inopinée, sur site le 16 juillet 2024.

Le fonctionnement de l'établissement, le niveau général des prestations proposées aux résidents sont apparus à la mission comme étant acceptable.

Toutefois, des fragilités ont été repérées. En effet, il convient de noter un taux d'absentéisme important, une équipe d'infirmières aux effectifs encore non-stabilisés, un projet d'établissement et un règlement de fonctionnement inexistant.

A la suite de l'inspection, de nombreux documents n'ont pas été transmis ne permettant pas d'apprécier la véracité des informations qui nous ont été communiquées.

L'établissement est doté d'une équipe pluridisciplinaire permettant de répondre aux besoins des résidents, pour autant, les nombreux mouvements de personnels ces dernières années ont été peu favorables à créer une dynamique de projet. De même l'utilisation du logiciel métier n'est pas complètement maîtrisé par les professionnels du fait de ce turnover.

Les professionnels rencontrés au jour de l'inspection semblaient satisfaits de leur condition de travail et des responsabilités qui leurs ont été confiées.

Au total, la mission relève **treize écarts et quinze remarques** à la réglementation qui nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent des actions correctrices et formule **des recommandations** pour améliorer et consolider la qualité et la sécurité des prises en charge et des prestations proposées aux résidents de l'établissement

Cergy, le

Chef du service Qualité et Contrôle des ESSMS, Direction de l'offre médico-sociale	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection

Gestionnaire qualité, service qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cergy, le

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

L'EHPAD dénommé « Les Hirondelles » et situé à Goussainville (FINESS n°950040071) a été inscrit dans la programmation 2024 de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection de cet établissement portant principalement sur les thématiques suivantes :

- La gouvernance : la conformité aux conditions de l'autorisation, le management et la stratégie, l'animation et le fonctionnement des instances, la gestion de la qualité et la gestion des risques, des crises et des événements indésirables ;
- Les fonctions support : 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.

Immeuble Equinoxe
16 avenue des Béguines
95800 Cergy
Tél : 01 34 41 14 00
www.iledefrance.ars.sante.fr

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et suivants, L.1435-7, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L.133-2 du CASF sera composée de :

Pour sa composante ARS :

-
-

Pour sa composante Conseil départemental du Val d'Oise :

-
-

L'inspection aura lieu sur site à compter du 16 juillet 2024 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP), de manière inopinée ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement.

En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer et accèdera à l'ensemble des locaux qu'elle jugera utile également de visiter.

A l'issue de la mission, un rapport sera remis au gestionnaire d'établissement. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à son attention.

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. Les décisions définitives seront notifiées à la fin de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L.313-14 et suivants du CASF, vous devrez nous transmettre une proposition de mesures correctives.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée

La Directrice de la délégation départementale

Le Directeur Général Adjoint chargé de la
Solidarité du Conseil départemental du Val d'Oise
et par délégation

¹ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre autres mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

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

**Liste des documents à fournir immédiatement
En 2 exemplaires**

N°	Nature du document demandé	Délai
1	Liste nominative des résidents par chambre et étage, avec GIR et bénéficiaire ou non de l'aide sociale présents ce jour. Préciser pour chaque résident s'il relève d'une protection judiciaire (tutelle/curatelle)	immédiat
2	Liste des salariés présents ce jour par unité en précisant le poste occupé et le type de contrat.	immédiat
3	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de la journée, de la semaine en cours nuit et jour, de la semaine passée nuit et jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires.	immédiat
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD.	immédiat
5	Plan des locaux.	immédiat

**Liste des documents à transmettre à la mission pour consultation sur place
Mettre à disposition avant 11h30**

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation
6	Liste nominative des personnels avec l'ETP, date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel)	copie
7	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes claires	copie
8	Tableau de suivi des projets de vie	copie
9	Dossiers des résidents et projets de vie	consultation
10	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	consultation
11	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation
12	Classeurs 2021-2022-2023 des Réclamations et des EIG	copie
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	copie ou consultation
14	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires	copie

Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
Format électronique uniquement à l' adresse suivante :
- Ars-dd95-inspections@ars.sante.fr – via le lien Bluefiles transmis par mail

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation
15	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	copie
16	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	copie
17	Fiches de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC, du psychologue, des soignants et de l'animateur	copie
18	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie
19	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie
20	Planning des astreintes et procédure.	copie
21	Projet d'établissement et projet de soins plan bleu	copie
22	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie
23	Projet d'animation	copie
24	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée à renseigner dans le tableau des personnels salariés de l'EHPAD (modèle transmis le jour de l'inspection sous format Excel et non PDF)	copie
25	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes	copie
26	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie
27	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie
28	Programme d'animation pour les deux derniers mois	copie
29	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction	copie
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022 et 2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	copie
32	CR des réunions du CVS/2021 et 2022	copie
33	Questionnaires « gouvernance » et « fonctions support » complétés	copie
34	Tableau des différentes catégories socioprofessionnelles	copie
35	Tableau des professionnels externes de santé à l'EHPAD	copie
36	Tableau des formations 2022 et 2023	copie

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées.

Nombre	Fonction	Contrat
1	Directeur	CDI
1	IDEC	CDI
1	Assistante de direction	CDI
1	Secrétaire	CDI
1	Animatrice	CDI
1	AS	CDD
1	ASH	CDI
1	Représentant des familles	-