

Délégation départementale du Val d'Oise

Conseil départemental du Val d'Oise

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) LES MAGNOLIAS 3 RUE DU CLOS SAINT PAUL 95210 ST GRATIEN N° FINESS 95 004 0238	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2023-IDF-00421 Contrôle sur place le 20/04/2023	
<u>Mission conduite par</u> — [REDACTED], attachée d'administration, inspectrice de l'action sanitaire et sociale au titre de l'article L.1435-7 du CSP, coordonnatrice de la mission d'inspection, délégation départementale du Val-d'Oise <u>Accompagnée par</u> — [REDACTED] chargée de mission, désignée par la Directrice départementale de l'Agence Régionale de Santé, Délégation Départementale du Val-d'Oise <u>Et pour le Département par</u> — [REDACTED] adjointe au chef de service personnes âgées et domicile, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil Départemental du Val-d'Oise — [REDACTED], cheffe de Service Prestations pour Personnes Agées en Etablissement, Direction Personnes Agées, Conseil Départemental du Val-d'Oise — [REDACTED] coordinatrice de secteur, Service Prestations pour Personnes Agées en Etablissement, Direction Personnes Agées, Conseil Départemental du Val-d'Oise — [REDACTED] apprentie, service Qualité et Contrôle des ESSMS, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil Départemental du Val-d'Oise	
<u>Textes de référence</u>	- 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 disjointer, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement	5
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	18
Gestion de la qualité	19
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support.....	24
Gestion des ressources humaines	24
Gestion budgétaire et financière	28
Gestion d'information.....	30
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	32
Sécurités	34
Prises en charge.....	35
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	35
Respect des droits des personnes	38
Vie sociale et relationnelle	39
Vie quotidienne. Hébergement	40
Récapitulatif des écarts et des remarques	42
Écarts	42
E1.....	42
Remarques	42
Conclusion	44
Glossaire.....	46
Annexes	47
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	47
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.....	48
Annexe 3 : Tableau RH renseigné.	48

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 du Val d'Oise.

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. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
8. Sécurités

PRISE EN CHARGE

9. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
10. Respect des droits des personnes
11. Vie sociale et relationnelle

La mission d'inspection n'étant pas constituée d'une équipe médicale (médecin, médecin-inspecteur et/ ou infirmier), le périmètre de la mission d'inspection ne comprend pas l'investigation du champ médical, locaux compris.

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

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection.

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 « Les Magnolias », situé à SAINT GRATIEN, n°FINESS ET 95 004 0238, 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 20 avril 2023, 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 :

GOVERNANCE

- 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-Bâtiments, espace extérieurs et équipement
- 8-Sécurités

PRISE EN CHARGE

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 3 rue du Clos Saint Paul à SAINT GRATIEN (95210), l'EHPAD « Les Magnolias » est géré par l'association ARPAVIE dont le Siège est situé au 8 rue Rouget De Lisle à ISSY LES MOULINEAUX (92130).

Ouvert en 2007, une cession d'autorisation de l'EHPAD "Les Magnolias" géré alors par l'association "AREPA" a été réalisée au profit de l'Association "ARPAVIE" en 2016. L'EHPAD dispose depuis son ouverture de 78 places en hébergement permanent.

Il ne comprend pas de places en accueil de jour.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à 50%, soit 39 places.

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

L'établissement n'a pas encore signé de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les autorités de contrôle et de tarification.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	LES MAGNOLIAS		
Nom de l'organisme gestionnaire	ARPAVIE		
Numéro FINESS géographique	95 004 0238		
Numéro FINESS juridique	92 003 0186		
Statut juridique	Privé à but non lucratif (associatif)		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ¹
	HP	78	55
	HT	0	0
	PASA	0	0
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	39 (50%)		

	Année 2018
PMP Validé	212
GMP Validé	681

¹ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	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 ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	L'établissement est géré par le groupe ARPAVIE qui gère également 7 EHPAD sur le département. L'établissement est conforme aux conditions d'autorisation. Le Département a été informé du récent changement de Directeur territorial. La mission d'inspection a débuté à 8h30. Elle a été accueillie par une IDE qui a contacté la directrice. Celle-ci est arrivée à 9h10, juste après son adjointe. Le directeur médical du groupe ARPAVIE est arrivé sur le site vers 10h30, ainsi que le Directeur territorial. Ces personnes n'ont pas été auditionnées par la mission, dans la mesure où l'organisation des soins ne faisait pas l'objet des points de contrôle de cette inspection.		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 (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95%	L'EHPAD Les Magnolias, a une capacité autorisée de 78 places d'hébergement permanent. Le bâtiment comporte 4 étages. Les chambres, toutes individuelles, ont une superficie allant de 23 à 33 m2. Au jour du contrôle, l'EHPAD accueille 55 résidents de GIR 1 à 5, soit un taux d'occupation de 71%. Selon la directrice ce taux d'occupation particulièrement bas est une conséquence de la crise sanitaire de covid-19, mais la vétusté des locaux et l'image de l'établissement sembleraient également jouer en sa défaveur. L'EHPAD ne dispose pas d'unité de prise en charge spécifique alors qu'il est habilité à prendre en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.		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)
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - 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 <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes - âge des personnes - données sociodémographiques disponibles - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	Le jour du contrôle, 55 personnes étaient accueillies au sein de la résidence. Il y avait 31 bénéficiaires de l'aide sociale sur 39 autorisées. 11 viennent du Val d'Oise. 1 résident accueillie a moins de 60 ans. Plusieurs résidents disposent d'une mesure de protection juridique (9 sous tutelles et 10 sous curatelle) Le GMP établi en 2018 est de 681		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 ?	L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement datant de 2023. Il a été présenté en CVS et au CSE en février 2023.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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, - 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 document est conforme aux attendus réglementaires fixés par le CASF.		R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
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 est obsolète (2014-2019), il n'a pas été actualisé. D'après la Direction, un nouveau projet serait en cours de rédaction comprenant notamment un projet de rénovation de l'établissement. Il sera finalisé suite à l'audit interne que doit mener ARPAVIE sur l'EHPAD. Ainsi, en ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. En l'absence de ce document, le projet d'animation de l'établissement et le plan d'action d'amélioration continue de la démarche qualité ne sont pas évaluables. Par ailleurs, ces éléments ne peuvent pas être discutés en CVS.	E 1	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)

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 ?	La directrice et son adjointe occupent toutes les deux leurs fonctions au sein de l'établissement depuis mai 2022, soit depuis presque 1 an au jour de l'inspection. L'EHPAD dispose d'un organigramme général qui traduit les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il n'était pas affiché dans l'établissement le jour du contrôle. L'organigramme transmis à la mission est nominatif et présente les ETP.		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 / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Le comité de direction se réunit de manière hebdomadaire les jeudis. Y participent la directrice, son adjointe, l'infirmière et le psychologue. Un CODIR élargi mensuel est composé en plus de l'animatrice et de l'hôtesse d'accueil (1 ETP). Cependant, les réunions de direction ne sont pas formalisées et ne sont pas retranscrites dans un compte-rendu à destination des personnes concernées.	R1	
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats ...	L'EHPAD ne présente pas de signe de conflit entre la direction et le personnel (pas de grève, d'affaires aux prud'hommes, ni de pétition recensées) cependant il souffrait d'un climat social dégradé au sein des équipes au moment de l'inspection, traduit par un absentéisme important évalué à hauteur de 11% en moyenne depuis 2020, du fait notamment d'arrêt maladie liés principalement aux TMS. Depuis, la direction est revenue vers l'ARS pour actualiser les problématiques liées au climat social en indiquant que le renfort au niveau de l'IDEC et du personnel a permis d'apaiser les tensions.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	La directrice entretient de bon rapport avec l'organisme gestionnaire, notamment son nouveau directeur territorial. Celui-ci s'est d'ailleurs déplacé sur site lorsque la directrice l'a contacté pour lui annoncer le contrôle en cours. En cas d'absence ou de besoin, la direction reçoit un soutien de la part du Siege (ex : renfort de MedCo).		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	La directrice a pris ses fonctions le 02 mai 2022, à temps complet (1 ETP). Elle dispose d'une fiche de poste et d'une délégation de pouvoir datant de sa prise de poste. Dans ses missions, elle travaille notamment à la finalisation du projet d'établissement, au suivi des audits internes/qualité, à la coordination avec les institutions extérieures, et à l'aspect commercialisation, et gère les recrutements (RH). Elle supervise également les ASH dans l'attente du recrutement d'une gouvernante (démarche en cours). Une directrice adjointe est également présente dans cet établissement, à temps plein et en CDI. Elle a pris ses fonctions il y a 1 an également et a en charge la facturation, le suivi des créances (fournisseurs), l'élaboration des contrats de séjour, l'accueil des résidents, le suivi des paies et des contrats des salariés.		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice possède les qualifications et diplômes nécessaires pour diriger l'EHPAD. La directrice possède un		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 contraintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des contraintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Il existe une permanence administrative (planning de roulement les samedis) assurée par le personnel administratif, la direction, l'IDEC et la psychologue. Il existe en parallèle un planning de directeurs référents pour les week-ends et jours fériés, commun avec les autres directeurs des EHPAD ARPAVIE de l'ensemble du territoire national.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			La direction n'a pas de procédure organisant la continuité de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD constaté au jour de l'inspection. Cet élément a fait l'objet d'une actualisation ultérieurement, rendant cet item conforme.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J , la direction de l'EHPAD est-elle présente ?	Le jour du contrôle, la direction de l'EHPAD et son adjointe étaient présentes. Un représentant du Siège (le Directeur territorial) est également venu sur site dès qu'il a été informé du contrôle.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations sont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ?	Le DUD a été transmis à la mission et date du 29 juin 2021. Il est bien formalisée et conforme et atteste de la continuité de l'activité de service.		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 ?	La directrice adjointe dispose d'une subdélégation (signée) depuis mars 2023 précisant l'étendue de cette délégation.		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 ?	Au jour du contrôle la structure dispose de 3 infirmières à temps plein en CDI : 1 IDEC 1 IDE 1 IDE en arrêt maladie depuis juin 2022 La direction, malgré ses démarches, fait part de difficultés à remplacer l'IDE.		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 ?	Les fiches de poste IDE référente et IDEC ont été transmises à la mission. Ces fiches de postes ne sont pas signées par les deux parties, ce qui indique un manque de procédure et de rigueur dans la gestion des contrats.	R2	

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 ?	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur mais en cas de besoin urgent le MedCo du Siège intervient. C'est également ce dernier qui valide les admissions. De fait, en l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire l'EHPAD contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF	E2	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.	Partie non vérifiée au regard de l'item 1.2.2.14		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	Partie non vérifiée au regard de l'item 1.2.2.14		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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 évènement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social - Médicament			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Etaient affichés dans l'établissement le jour du contrôle les documents suivants : - les horaires d'accueil - les tarifs hébergement pratiqués - l'arrêté du CD - le PV de la réunion du CVS du 28/10/22 (signé) et sa composition (résultats des élections de septembre 2022), mentionnant l'adresse à laquelle solliciter ses membres - Charte des droits et liberté de la personne accueillie - la liste des prestataires extérieurs (kiné, coiffeuse, pédicure/podologue) et la grille des tarifs des prestations de coiffure - le règlement de fonctionnement (2023) - Les tarifs des repas pour les invités - une fiche interne de signalement d'évènement indésirable - le menu de la semaine - le programme d'animation de la semaine et autres informations sur les animations à venir - la liste des bénévoles intervenants aux Magnolias Plusieurs documents manquent comme le numéro 3977, les PV des commissions, les résultats des enquêtes de satisfaction, etc.	R3	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	Y a-t-il un CVS en place ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?	Il existe un CVS au sein de l'établissement. Les dernières élections datent de septembre 2022. La dernière réunion date de février 2023, le CR sera affiché après sa validation, en cours. En 2022 le CVS s'est réuni deux fois (une fois le 29 août 2022 et une seconde fois le 28 octobre 2022) Le prochain CVS doit se tenir en juin 2023. Les invitations aux réunions des CVS sont envoyées aux familles, les CR sont affichés sur le panneau dédié.		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 états 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)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Les comptes rendus de CVS transmis à la mission ne mentionnent pas les EI. Certains dysfonctionnements sont en revanche inscrits.		R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N° ICAS	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 - Apprécier 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 ? Sont-ils connus des autres professionnels ?	Il y a un référent qualité au Siège ARPAVIE qui accompagne les directeurs, référents sur les sites sur ce thème.		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 ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Au jour du contrôle, l'établissement n'a pas formalisé un PACQ clairement défini. Un audit doit être réalisé en mai et juin prochain 2024 par le Siège d'ARPAVIE, permettant d'établir un plan d'actions adapté. La restauration est effectuée par Restalliance, les commissions restauration (voir plus bas) permettent d'évaluer la qualité et ajuster la prestation. La blanchisserie est internalisée concernant le linge des résidents (1 ETP de linge réparti sur 2 agents à 0,5), mais l'entretien du linge plat et des tenues des personnels est réalisé par Ellis. L'entretien des locaux est réalisé par le personnel de l'EHPAD. Le recrutement en cours d'un 0,70 ETP de gouvernante devrait permettre d'améliorer le suivi de la qualité de ces services.		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

1.4.2.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique				L312-8 du CASF (évaluation 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)
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ?	Au moment de l'inspection, les arrêtés de programmation n'ont pas été transmis. L'établissement devra réaliser son évaluation externe dans les meilleurs délais au moment de la parution de l'arrêté et la transmettre aux tutelles.		E3	
1.4.3.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - 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 : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	L'absence de mesures permettant de prévenir la maltraitance ne permettent pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques. Cet état indique un manquement dans la conduite d'une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance	E3	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 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'état 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 ?	Le gestionnaire est informé de la procédure de signalement auprès des autorités (cf. point 1.5.1.3)			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 maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Le gestionnaire est informé de la procédure de signalement auprès des autorités (cf. point 1.5.1.3)	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 E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Juridique – Média			
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 : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	Il existe un cahier de suggestion à disposition des résidents et des familles, mais il est très peu utilisé (période du 22/04/2021 au 14/09/22). Le dernier commentaire, d'une résidente, date de septembre 2022. Les familles formulent leurs réclamations principalement par mail à la directrice, ou oralement lors de leurs visites. Les enquêtes de satisfaction ainsi que les plaintes sont portées à la connaissance de la direction et du CVS via un support écrit. Toutefois l'accès et le suivi des réclamations n'est pas accessible aisément.	R4 et R5	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Selon la direction, une présentation de la procédure a été faite aux personnels soignants (AS), il persiste cependant des difficultés d'appropriation de celle-ci par les équipes, notamment autour de la traçabilité des faits. En cas de troubles du comportement d'un résident ou d'évènement indésirable constaté, l'AS le signale à l'infirmière référente qui à son tour le signale à la directrice.		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 ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?	Il existe un classeur de recueil et de suivi des EIG (2021/2022), et un second pour 2023 contenant une procédure formalisée et actualisée en décembre 2022 (ARPAVIE), un tableau de suivi (consulté sur place) recensant 10 EI pour 2023, des feuilles d'émargements des présentations de la procédure EIG. Pour 2023, malgré les informations présentes au tableau, le classeur contenait : 7 fiches internes d'EI, 9 fiches d'EIG et 2 fiches d'EIGS. L'EHPAD n'a pas mis en place de PACQ formalisé en raison de la prise de fonction récente de la directrice et de son adjointe.	R 6	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	Des signalements sont bien transmis aux services de l'ARS et du Département, en fonction de leur nature. Cependant la mission constate une absence de formalisation visant à l'amélioration des pratiques.	E 4	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial – Social			
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) ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	L'établissement dispose des contrats de travail en CDI et a recours à des remplacements en CDD et intérim en cas d'absence de personnel.		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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Le taux d'absentéisme [REDACTED] La rotation du personnel n'est pas connu au jour du contrôle, toutefois il est à noter que l'établissement dispose d'un personnel sensible aux TMS du fait de la pyramide des âges.		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 : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	4 dossiers administratifs des personnels ont été consultés sur place le jour du contrôle. Les dossiers étaient bien tenus. Il manquait certains documents comme des diplômes d'AS ou les fiches de postes. L'information a été de suite répercutée à la direction pour une correction immédiate.		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 DEAS L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?	Il existe un classeur contenant l'ensemble des diplômes des salariés (consulté sur place).		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			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 (bienveillance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Esi-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ?	Il existe un plan de formation 2022 et 2023, vu avec le groupe ARPAVIE. Les formations prioritaires sont les formations obligatoires (incendie notamment), si le budget restant le permet les formations proposées visent à répondre aux souhaits des salariés. En 2022, le plan de formation mentionne des formations sur la sécurité incendie, la bienveillance, le droit social (pour l'équipe administrative), les gestes et soins d'urgence non soignants, un parcours sur l'hygiène. En 2023, les propositions (non réalisées au jour du contrôle) semblent plus large et aborder également les troubles du comportement, l'animation, l'ergonomie et les gestes et postures. Certaines formations sont dispensées par le Siège.		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
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont-ils accompagné d'un pair ?	La direction indique que les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement (tutorat) sur le fonctionnement des pratiques au sein de l'établissement		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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Il est possible que la directrice participe aux fins des temps de transmissions pour donner diverses informations (procédure EIG, bio nettoyage, etc.). Par ailleurs, de brèves réunions se tiennent occasionnellement entre les ASH et la directrice, mais elles ne sont pas formalisées. Il n'existe pas de groupes d'analyse de pratique pour les salariés. Il est constaté un manque de cohésion par la direction. Il n'y a aucun groupe d'analyse des pratiques n'est proposé aux salariés	R 7 et R8	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : 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 hôtelières ?	Le planning est établi en avance sur le logiciel de gestion des RH, mais serait illisible. Une version Excel est affichée et communiquée aux agents. Le planning des AS est élaboré mensuellement par l'infirmière coordonnatrice. Un roulement d'équipe st mis en place par étage tous les 6 mois. Quant au planning des ASH, il est établi par l'assistante de direction		
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ?			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?			
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Admin = utile pour questionnaires IDE, AS, AMP : 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...?	Les informations recueillies sont conformes et n'appellent pas de remarques.		
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?	En cas d'absences prévues et inopinées, la direction appelle d'abord l'employé et ensuite fait appel au vacataire ou intérim		

Gestion budgétaire et financière

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.2.0.0	Gestion budgétaire et financière				
2.2.1.0	Gestion budgétaire et financière	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les responsabilités pour la gestion budgétaire et financière sont définies et respectées Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier	La répartition des missions de gestion comptable entre le siège de l'association ARPAVIE et l'EHPAD est bien définie : la directrice adjointe est en charge de la gestion de la facturation au sein de l'établissement et est l'interlocutrice auprès du siège pour tout ce qui relève de la comptabilité (facturation des frais		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			de séjour et reversement des ressources des résidents bénéficiaires de l'aide sociale).		
2.2.2.0	Gestion budgétaire et financière	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier la conformité comptable de la structure ; o l'application des règles budgétaires en tenant compte du statut de la structure o l'application des règles de facturation en tenant compte du statut de la structure <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier</u>	Une formation technique de la directrice adjointe sur le volet facturation a été dispensée courant 2022 par une gestionnaire appartenant au siège, pour une meilleure connaissance des dispositions réglementaires en matière de gestion de la prestation aide sociale hébergement. Cela a permis de pallier les difficultés rencontrées dans le respect des règles de facturation qui ont été constatées sur l'exercice 2022 par le service départemental. Depuis, la collaboration entre l'établissement, le siège et le Département s'est améliorée avec une meilleure optimisation de traitement des factures et des ressources (allocations logement notamment) et une coopération plus fluide entre partenaires. L'adjointe a également demandé une formation en droit social pour 2023.		Articles R314-9 à R314-13
2.2.3.1	Gestion budgétaire et financière	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'équilibre financier de la structure et, selon le cas, de l'entité gestionnaire <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier</u>			
2.2.4.0	Gestion budgétaire et financière	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier le respect des règles relatives aux frais de siège en tenant compte du statut - S'assurer du caractère raisonnable des frais des administrateurs (frais de mission, frais de formation...) <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Financier</u>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.2.4.2	Gestion budgétaire et financière	Quels sont les services rendus par le siège à l'EHPAD et inclus dans les frais de sièges ? - projet d'établissement, - mise en commun de moyens : - gestion du personnel, - système d'information, - comptabilité, - contrôle interne, - achats groupés, - gestion de la qualité...	L'établissement n'est pas complètement tarifié par le Département car il n'est que partiellement habilité à l'aide sociale.		R314-88 1° du CASF (prestations du siège pouvant être incluses dans les frais de siège autorisés)

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.0.0	Gestion d'information				
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	L'établissement dispose d'un registre légal des entrées et des sorties (consulté). L'établissements possède par ailleurs un registre visiteurs dans lequel les visiteurs ou familles peuvent s'enregistrer.		L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	Des dossiers administratifs de résidents ont été consultés sur place et il a été constaté les observations suivantes : - La présence du contrat de séjour signé (à l'exception d'un seul), - aucun projet individualisé, aucun renseignement sur le médecin traitant ni la mention d'un proche référent, - La désignation de la personne de confiance (soit attestation soit indication) - peu d'état des lieux d'entrée dans le logements (2 sur 6) - aucun recueil des dernières volontés, - la protection juridique est mentionnée lorsqu'il y en a une, Dans l'ensemble les dossiers administratifs étaient mal classés malgré la présence de sous pochettes thématiques Des irrégularités ont été relevées dans les dossiers des résidents : dossiers incomplets, contrats de séjour non signés, annexes manquantes. Leur format n'est pas homogène.	E 5	L311-384 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.
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 dossiers administratifs des résidents (version papier) sont stockés dans une armoire		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 EIR	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'établissement comprend 5 niveaux, les étages sont desservis par des escaliers et ascenseurs. Le bâtiment de l'EHPAD apparaît comme vétuste et peu décoré, et nécessiterait une rénovation. La direction informe la mission que des travaux de réfection sont envisagés. Les salles de bain sont rénovées progressivement (des transformations de douches avec rampes en douche à l'italienne par ex) L'établissement a connu aussi des dégâts des eaux en raison de problèmes de toiture.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraichissement de l'air ou une pièce rafraichie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'établissement dispose d'espaces permettant de rafraichir les résidents.		D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	L'EHPAD dispose de ces infrastructures et même d'un jardin. Toutefois certains d'entre eux ont besoin de rénovations, comme les ascenseurs ou l'espace dédié aux activités. Il est aussi constaté que les portes des escaliers ne sont pas bien sécurisées. La direction a précisé que la signalétique (effectivement peu adaptée) devait être revue cette année, 2 ascenseurs doivent être rénovés et le RDC restructuré.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Des CNR avaient été demandés pour la pose de rails au plafond dans certaines chambres. Un défibrillateur est présent à l'entrée.		L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUEP)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 : Financiers</u>			
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le linge du résident est pris en charge par l'établissement sauf si la famille précise vouloir s'en charger. L'étiquetage est obligatoire.		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurités				
2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Suivant les constat effectués le jour du contrôle, les barres d'appui dans les couloirs ne semblent pas résistantes. Dans la salle d'activité au RDC, un extincteur était au sol, et des câbles apparents présentaient un risque de chute pour les résidents.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) 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".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (d'igicode, portillons de détection, vidéosurveillance...)?	L'EHPAD est équipé de caméras de vidéosurveillance (notamment 1 installée dans le hall), ainsi qu'un digicode à l'entrée.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Lors du contrôle, il est constaté lors d'un test que le système d'appel (système [] bracelets montres) installé par l'EHPAD est inadapté et défaillant. Les résidents ne semblent savoir utiliser le dispositif (ou ne s'en équipent pas), ni le personnel soignant, qui ne remarque pas certains appels. Le système d'appel malade est sous forme de montre. Lorsque le résident appui, une sonnerie se déclenche sur le téléphone de la soignante. En revanche, si la personne n'est pas dans sa chambre, le système ne permet pas de voir la localisation. Test appel malade : intervention d'un soignant après plus de 5 minutes. Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents. Par ailleurs, la mission constate que de nombreux résidents ne sont pas équipés de leur montre(oubli, en charge...) ce qui crée une insécurité dans la prise en charge des résidents.	E 6 et E7	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) 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".

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie				
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes - Maltraitance			
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ?	La Direction évoque l'existence d'une procédure d'admission, cependant en l'absence de MedCo c'est le médecin du Siège qui valide les entrées.		(obligation cerfa DU) R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les documents prévus par les textes existent et sont appliqués (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) - Vérifier que les différentes procédures applicables tout au long du séjour sont effectives Principales catégories de risques possibles : Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la qualité des prestations offertes par la structure notamment : - Vérifier l'existence du projet d'accueil et d'accompagnement - Vérifier que les modalités d'accompagnement tout au long du séjour respectent le projet d'accueil et d'accompagnement - S'assurer que l'accompagnement proposé prend en compte la famille et l'entourage et qu'un référent a été identifié au sein de la structure <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Maltraitance			
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Les projets d'accompagnement personnalisés des résidents sont pilotés et suivis par la psychologue, en lien avec l'IDEC. Le classeur contenant les PAI des résidents a été consulté sur place, très peu de projets semblent formalisés ou actualisés et répertoriés dans ce classeur. La direction évoque plutôt une utilisation du logiciel [REDACTED] pour le suivi.		L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci ; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?			D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?			D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Les transmissions se font entre les équipes du jour et de nuit sur un temps de 10 à 15min avant la prise de poste à 21h de l'équipe de nuit et sans la présence d'un infirmier. Quelques fois l'infirmière référente assiste aux transmissions.		L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	La direction reste disponible si besoin. Le CVS est fonctionnel. Une liste des bénévoles intervenant dans l'EHPAD est affichée dans l'entrée.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	« la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » est indiquée en annexe dans le livret d'accueil, mais la charte n'a pas été transmise à la mission.	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)	
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ?	Dans les dossiers administratifs des résidents consultés sur place, l'information relative à la désignation de la personne de confiance a été constatée : soit sous forme d'une attestation soit simplement indiquée.		L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?	Les animations sont assurées par l'animatrice (1 ETP, non qualifiée), les bénévoles, et 2 jeunes en service civique, aidés quelque fois par les AS. Les programmes d'animation (mensuels et hebdomadaires) sont réalisés par l'animatrice. Son bureau, situé au RDC, est encombré de matériel. Le jour du contrôle, s'est tenue dans la matinée une activité intergénérationnelle entre des résidents et les enfants d'une crèche, mais les interactions entre les deux publics étaient fortement limitées (1 seule résidente était attablée avec les enfants pour des ateliers créatifs, les autres résidents étaient regroupés dans un coin de la pièce). Une commission animation existe, la dernière réunion a eu lieu le 07/04/23 (PV consulté sur place).	E 8	L311-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité+consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0	Vie quotidienne - Hébergement				D312-159-2 CASF (prestation minimales d'hébergement)
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	Au jour du contrôle, il a été constaté que chaque chambre dispose d'un sanitaire, un mobilier de rangement personnel et des décorations personnalisées selon le goût du résident ainsi qu'une barre d'appui. Les résidents ont la possibilité d'accueillir leur famille pour des visites. Plusieurs chambres doivent être rénovées (notamment en vue d'une transformation des douches en douche à l'italienne).		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Y a-t-il une commission des menus ?	La restauration est externalisée, c'est le prestataire Restailliance qui gère ainsi la cuisine et le service. L'EHPAD ne dispose donc pas d'ETP dédié à la restauration, les ASH distribuent tout de même le petit-déjeuner et le goûter. Il existe une commission restauration, la dernière a eu lieu le 10/03/23 (PV consulté sur place).		Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Les menus sont élaborés par la diététicienne de l'établissement. Ils sont soumis pour validation au service médical d'ARPAVIE et rediscutés en commission restauration en établissement. Les menus varient en fonction des saisons. Une carte de remplacement est affichée devant le restaurant, sous le menu de la semaine et le menu du jour.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Admin : Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?	Le groupe valide les menus proposés par la diététicienne de ... Les textures et régimes des résidents des Magnolias sont déterminés par l'IDEC (en l'absence de MedCo). En salle, est affiché un document mentionnant le suivi des régimes alimentaires des résidents ainsi qu'un plan de table précisant les régimes et les textures. Ces documents ne sont pas à jour (actualisation en 2022).		L311-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les horaires des repas sont les suivants : - petit-déjeuner : 7h-8h30 - déjeuner : 12h-13h15 - goûter : 15h30-16h - dîner : 18h - Collation le soir : selon demande Le jour du contrôle, le déjeuner a été servi avec du retard. D'après les résidents interrogés, cela serait régulier. Aucun résident ne déjeunait en chambre, 13 avaient besoin d'une aide au repas.		D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?	Les toilettes sont données au plus 4 fois par semaine aux résidents et bien réparties entre les AS en fonctions des résidents des étages.		L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?	Les protections sont stockées dans un local au 1 ^{er} étage bien rangé. Les commandes sont réalisées par l'IDEC. Les réévaluations se font par celle-ci en lien avec les AS.		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

E1 :

Formaliser le projet d'établissement en y incluant un projet d'animation et un plan d'action d'amélioration continue de la démarche qualité.

E2 :

Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de temps réglementaire relatif à la capacité d'accueil de l'établissement et transmettre le contrat de travail dès que le recrutement est effectif.

E3 :

Mener une politique globale de prévention de la maltraitance et sensibiliser le personnel.

E4 :

Etablir une synthèse et une analyse des EI visant à une amélioration des pratiques et une meilleure communication au CVS.

E5 :

Veiller à compléter et à mettre à jour les dossiers des résidents conformément à la réglementation.

E6 :

Mettre en place un dispositif d'appel-malade efficace, adapté aux résidents et s'assurer de sa bonne utilisation par le personnel.

E7 :

Garantir un délai de réponse lors des appels des résidents dans un délai de moins de 3 minutes et retranscrire leur traçabilité.

E8 :

Revoir les missions et les activités sur le champ de l'animation afin que cette dernière soit une part importante dans le projet d'établissement et le projet de soin personnalisé.

Remarques

R1 :

Formaliser les réunions de direction.

R2 :

Instaurer une règle de procédure dans la contractualisation.

R3 :

Veiller à afficher l'ensemble des documents obligatoires , accessibles et lisibles pour tous.

R4 :

Veiller à formaliser le recueil des réclamations via une procédure dédiée plus optimale (type logiciel, cahier de doléances, tableau.)

R5 :

Veiller à assurer le suivi, le traitement et l'analyse des réclamations selon une procédure encadrée permettant une analyse des pratiques.

R6 :

Tenir à jour le classeur et le suivi des EI.

R7 :

Formaliser des réunions d'équipes régulières avec production d'un compte-rendu.

R8 : Mettre en application des groupes d'échanges d'analyses des pratiques.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Magnolias » (N°FINESS ET 95 004 0238), géré par le groupe Arpavie a été réalisé le 20 avril 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

- Globalement, l'établissement satisfait aux conditions de prise en charge et d'accueil des résidents ;
- La direction et le personnel s'investit pour rendre l'accueil des résidents des plus agréables ; un effort a été fait pour améliorer le climat social ;
- Un effort est fait par la direction de l'établissement pour rendre attractif l'EHPAD compte tenu de l'état global (un peu vieillissant du bâtiment) et sa localisation peu favorable.

Elle a également relevé des dysfonctionnements majeurs en matière :

- GOUVERNANCE

1.2 Management / Stratégie et notamment :

- Le projet d'établissement est caduc et non disponible le jour de la visite d'inspection ;
- Les réunions de directions ne sont pas formalisées ;
- La procédure en cas d'astreinte et pour la continuité de service doit être formalisée notamment pour la nuit et le dimanche ;
- La gestion des contrats n'est pas constante, il y a des manquements dans la procédure de contractualisation ;
- Le recrutement de médecin coordonnateur à hauteur du temps réglementaire est impératif ;
- Les documents obligatoires doivent être affichés.

1.3 Animation et fonctionnement des instances :

- L'animation n'est pas valorisée au sein de l'établissement et doit être réinvestie par la gouvernance.

1.4 Gestion de la qualité et notamment :

- Pour une meilleure prise en charge des résidents, il est indispensable, pour la direction, de conduire une politique globale de prévention de la maltraitance.

1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables :

- La gestion des EIG doit être revue et faire l'objet d'une procédure formalisée et dédiée dans la gestion des événements indésirables.
- En complément de la remarque précédente, une analyse des pratiques suite aux événements indésirables doit être élaborée et appliquée pour mieux former les agents.

- FONCTIONS SUPPORT

2.1 Gestion des ressources humaines et notamment :

- Pour améliorer le climat social, la gouvernance doit formaliser les réunions d'équipes ;
- En complément, la mise en place des analyses des pratiques pour le personnel de l'établissement est indispensable.

2.2 Gestion d'information :

- les dossiers de résidents doivent être revus et mieux gérés en intégrant les éléments administratifs indispensables à une bonne gestion du fichier des résidents.

2.5 Sécurité :

- Sur la sécurité, la direction doit impérativement installer des appel-malades efficaces, efficaces et utilisables par les résidents et le personnel. La montre connectée proposée ne répond pas aux besoins de sécurité des résidents et du personnel
- Lors des deux visites, les tests d'appel malades n'ont pas été concluants. La direction veillera à former son personnel à une réponse rapide et une prise en charge efficace lors de ces appels. Un retour est attendu sur ce point.

- PRISE EN CHARGE

3.3 Vie sociale et relationnelle

- Dans ce cadre, nous réitérons notre remarque sur la place de l'animation au sein de l'établissement avec dans un premier temps un réinvestissement des membres et de l'équipe de l'animation dans la programmation, une remise en état du bureau dédié à l'animation notamment en en faisant un lieu ouvert et accueillant au sein de l'établissement.

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

Cergy, le 22 mai 2024

Inspectrice ICARS

Adjointe au chef de service, Secteur
Personnes Agées et Domicile,

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



Délégation départementale
du Val-d'Oise

Cergy, le **17 AVR. 2023**

Mesdames,

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 Magnolias » et situé à SAINT-GRATIEN (FINESS n° 95 004 0238) a été inscrit dans la programmation 2023 de ces contrôles.

2 avenue de la Palette
95011 Cergy-Pontoise cedex
iledelfrance.ars.sante.fr

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

- La Gouvernance de l'établissement mentionné : conformité aux conditions d'autorisation, management et stratégie, animation et fonctionnement des instances, pilotage de la démarche qualité et gestion des risques ;
- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La prise en charge des résidents : organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie, le respect des droits des personnes, les modalités de facturation, la vie sociale et relationnelle, la vie quotidienne-hébergement.

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 et le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) sera composée :

L'inspection aura lieu sur site le 20 avril 2023 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée à partir de 8h (cf. article L.1421-2 du CSP), de manière inopinée, sans information préalable de l'établissement;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² 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.

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 ».

² Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

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.

La Directrice de la délégation départementale
du Val-d'Oise
de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

 Le Directeur Général Adjoint chargé de la Solidarité du
Conseil départemental du Val-d'Oise

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 ».

² Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

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

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE

EHPAD Les Magnolias

Inspection du 20 avril 2023

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

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des résidents par chambre et étage, avec GIR, ville d'origine et bénéficiaires ou non de l'aide sociale présents ce jour. Préciser pour chaque résident s'il relève d'une protection judiciaire (tutelle/curatelle)	immédiat	OUI
2	Liste des salariés présents ce jour par unité en précisant le poste occupé et le type de contrat.	immédiat	OUI
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	OUI
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD	immédiat	OUI
5	Plan des locaux.	immédiat	OUI

**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	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
6	Liste nominative des personnels avec l'ETP, date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel) du mois en cours	copie	OUI
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	NON
8	Tableau de suivi des projets de vie	copie	NON
9	Dossiers des résidents et projets de vie	consultation	OUI
10	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	consultation	OUI
11	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation	OUI
12	Classeurs 2021-2022-2023 des Réclamations et des EIG	copie	OUI
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	copie ou consultation	OUI
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	NON DEMANDE

Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
Format électronique uniquement aux adresses suivantes :

Ars-dd95-inspections@ars.sante.fr
domsqualite@valdoise.fr

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
15	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	copie	OUI
16	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	copie	NON
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	OUI
18	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie	OUI
19	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie	OUI
20	Planning des astreintes et procédure.	copie	OUI
21	Projet d'établissement et Projet de soins	copie	OUI
22	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie	OUI
23	Projet d'animation	copie	OUI
24	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel et non PDF) du mois en cours. Etat des effectifs sur le mois en cours (nature du contrat, fonction, type de contrat, temps partiel/temps plein) Taux d'absentéisme de 2018 à 2022.	copie	OUI OUI (taux d'absentéisme)
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	OUI
26	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie	OUI(uniquement année N-1)
27	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie	OUI
28	Programme d'animation pour les deux derniers mois	copie	OUI
29	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction	copie	OUI
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022 et 2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie	OUI
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	copie	OUI
32	CR des réunions du CVS/2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	copie	OUI
33	Tout autre document que les responsables de l'établissement jugent utile de transmettre	copie	NON