

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « La Cerisaie » 4 rue de Luxembourg – 95160 MONTMORENCY N° FINESS 95 080 252 0	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2023_IDF_00153 Contrôle sur place le 28/ 02 /2023	
<u>Mission conduite par</u> – Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection, désigné par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, Délégation départementale du Val d'Oise. <u>Accompagnée par</u> – désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale du Val d'Oise.	
<u>Textes de référence</u>	- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles - 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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que *« ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».*
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : *« lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».*

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats	8
Gouvernance.....	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	12
Animation et fonctionnement des instances.....	18
Gestion de la qualité	19
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	21
Fonctions support.....	23
Gestion des ressources humaines.....	23
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	28
Sécurités.....	29
Prises en charge.....	30
Respect des droits des personnes.....	30
Vie sociale et relationnelle.....	31
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	32
Écarts	32
Remarques.....	32
Conclusion	33
Glossaire	34
Annexes	35
Annexe 1 : Lettre de mission	35
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis.....	37
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection	39

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.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée au sein de l'EHPAD sur une journée, de manière inopinée et uniquement par l'ARS sur son champ de compétence.

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. Respect des droits des personnes
10. Vie sociale et relationnelle

La mission n'étant pas constituée d'une équipe médicale (médecin et/ou infirmier) le périmètre de l'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.

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 « La Cerisaie », situé 4 rue de Luxembourg à MONTMORENCY (95160), FINESS ETABLISSEMENT N° 95 080 252 0, 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.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 28 février 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Il a été réalisé uniquement par l'ARS sur son champ de compétence.

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. Sécurité

PRISE EN CHARGE

9. Respect des droits des personnes
10. Vie sociale et relationnelle

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 4 rue de Luxembourg à MONTMORENCY (95160), l'EHPAD « La Cerisaie » est géré par le groupe privé commercial « TENERIS ».

L'EHPAD est autorisé, au jour de la visite, pour 51 places en hébergement permanent. Il ne comprend aucune unité de prise en charge spécifique pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés (PASA, UHR, UVP), ni place d'accueil de jour (AJ).

Il ne dispose dans les autorisations d'aucune place habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Toutefois, la direction a indiqué à la mission avoir un résident relevant de l'aide sociale.

Au jour de la visite et selon les informations communiquées sur place à la mission, les 44 résidents accueillis présents étaient répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD La Cerisaie	14%	36%	25%	25%	0%
IDF ¹	18%	40%	18%	17%	7%

La répartition en GIR des résidents par étage est homogène, l'établissement ne disposant pas d'unité protégée ou d'unité pour grand dépendant.

L'EHPAD participe aux expérimentations suivantes :

- Temps de médecin prescripteur (cf. point 1.2.2.14 page 17 du rapport)

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	La Cerisaie		
Nom de l'organisme gestionnaire	TENERIS		
Numéro FINESS géographique	95 080 252 0		
Numéro FINESS juridique	95 000 118 0		
Statut juridique	Privé commercial		
Option tarifaire	Partielle		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ²
	HP	51	48
	HT	0	0
	PASA	0	0
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale (selon autorisation)	0		

	Année 2020
PMP Validé	171
GMP Validé	792

² Au jour du contrôle sur place sur les 51 places autorisées, installées et financées, 48 places sont exploitables.

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
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement

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 ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	L'EHPAD est géré par le groupe privé commercial « TENERIS » qui a repris la gestion de l'établissement courant 2019. Le groupe TENERIS gère quatre EHPAD sur le département du Val d'Oise dont celui inspecté.		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 E/R	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% ?	L'établissement est composé d'un bâtiment principal avec deux ailes (A et B) ainsi que d'un petit bâtiment (accolé). Il est autorisé pour 51 places en hébergement permanent. Les chambre sont réparties comme suit : RDC bas : 1 chambre double et 2 chambres simples. A noter que ces 3 chambres sont situées à proximité immédiate de l'entrée de l'établissement. Compte tenu de son isolement à ce niveau, ces chambres sont dédiées à des personnes relativement autonomes et sans troubles cognitifs. RDC haut : - Aile A : 2 chambre doubles et 1 chambre simple - Aile B : 4 chambres simples - Petit bâtiment : 1 chambre double et 3 chambres simples 1er étage : - Aile A : 1 chambre double et 3 chambre simple - Aile B : 2 chambres doubles et 2 chambres simples - Petit bâtiment : 1 chambre double et 5 chambres simples 2ème étage : 5 chambres simples - Petit bâtiment : 1 chambre double et 5 chambres simples Soit une capacité d'accueil de 48 places, pour 44 places occupées. L'établissement n'a pas de liste d'attente pour de nouvelles admissions. Le nombre de places occupées est conforme au contrôle effectué sur le registre des entrées et des sorties des résidents.		L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) * accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée. & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Par ailleurs, la mission a comptabilisé : - 9 chambres doubles - 30 chambres simples Ainsi, le nombre de chambres doubles représente 23%, soit au-dessus du seuil de 10% fixé par le cahier des charges. Pour remédier à cette situation, le gestionnaire a transmis aux autorités de contrôle, en février 2023, une demande de modification de l'autorisation visant notamment à réduire le nombre de chambres doubles et à améliorer le taux d'occupation. La demande est en cours d'instruction. L'établissement ne dispose pas d'unité de prise en charge spécifiques (PASA, UHR ou UVP)		
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?	La négociation de l'entrée en CPOM de cet établissement est prévue pour l'année 2024. L'établissement ne dispose donc pas de CPOM au jour de la visite.		L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes Principaux objectifs du contrôle :			
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	- Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			

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 santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	Le jour de l'inspection, 44 résidents étaient présents dont : - 14% en GIR 1 - 36% en GIR 2 - 25% en GIR 3 - 25% en GIR 4 L'établissement ne dispose pas d'unité de prise en charge spécifique. Les résidents sont peu dépendants (la moitié sont en GIR 3/4). L'établissement privilégie dans son admission des profils de résidents compatibles avec ses possibilités de prise en charge. 6 résidents bénéficient d'une mesure de protection juridique (tutelle)		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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement qui est affiché à l'entrée de l'établissement dans un espace aménagé en salon d'accueil.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	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, - sécurité des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le 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 actualisé était en cours de relecture par le service qualité du groupe avant de le soumettre à la consultation du Conseil de la vie sociale. La mission n'a pas pu consulter ce document sur place et en a demandé une copie après sa validation par les instances.	E1	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le contenu du projet d'établissement n'a pas pu être vérifié sur place (cf. supra point 1.2.1.4) La grande majorité des résidents bénéficie d'un projet de vie personnalisé (PAP) daté de 2023, hormis pour 7 résidents. Le suivi des PAP est réalisé par la psychologue en lien avec les familles des résidents.	R1	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS' Anesm-HAS

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			Quelques indicateurs viennent également valider le constat : - Taux d'absentéisme en 2022 : Motifs : • Maternité : • Maladie : • Arrêt de travail : • Autre : - Turn-over en 2022 : (hors CDD) Dans la catégorie autre, il s'agit principalement de défection du personnel de dernière minute (absence inopinée).		
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 ? 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	L'établissement bénéficie d'un appui du groupe, notamment sur la prise de direction et la démarche qualité. A titre d'exemple, le jour de l'inspection, l'IDEC de l'établissement était en congé parental jusqu'au 20 mars et a pu être remplacée, temporairement, par une IDE expérimentée travaillant dans un autre EHPAD du groupe (situé à proximité) Le directeur de l'établissement, a pris ses fonctions le 1 ^{er} février 2023 (cf. item 1.2.2.1 supra). Il exerce à temps plein, sur forfait annuel et sous contrat à durée indéterminée (CDI) Aucune mutualisation avec un autre site n'a été évoquée auprès de la mission. La mission a pu constater l'existence, d'un avenant au contrat mentionnant la fonction de direction, d'une fiche de poste, du document unique de délégation (DUD) signé, du niveau de diplôme requis pour exercer la fonction de direction (Master en droit, économie et gestion).		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie				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 ?	Oui.		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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Les astreintes administratives sont réalisées par l'équipe de direction. Les astreintes du week-end sont réalisées par la direction, adjointe de direction, l'IDEC et la responsable hébergement, en rotation 1 week-end par mois. Le planning d'astreinte et la procédure afférente sont établis par la direction également. La mutualisation avec d'autres sites n'a pas été évoquée lors de l'entretien avec la mission.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La mission s'est présentée devant l'établissement à 8h30 et a été accueillie par une ASH. La direction n'était pas présente mais a rejoint les membres de la mission 15 mn plus tard (8h45). En cas d'absence ou d'empêchement du directeur, la continuité des missions est assurée par l'adjointe de direction en lien avec la directrice d'appui du groupe.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	Les documents consultés (DUD, fiche de poste, note d'organisation) attestent de la continuité de l'activité de l'établissement.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Le DUD n'offre pas cette possibilité.		D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'établissement dispose d'un IDEC à temps plein en CDI. Toutefois, le jour de la visite elle était en congé parental et remplacée, temporairement, par une IDE d'un autre EHPAD du groupe (situé à proximité).		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 ?	Cet élément est conforme.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, qui détient une capacité de médecine de gériatrie. Le Dr [nom] exerce à mi-temps (0.50 ETP) sous CDI. Elle intervient dans l'établissement 2 jours par semaine. Son temps de présence est conforme avec la réglementation en vigueur. Sur les 44 résidents présents, 19 ont leur propre médecin traitant. Les 25 autres sont suivis par le [nom]. A noter que l'établissement a candidaté auprès de l'ARS en 2022 pour obtenir un financement pour un temps de médecin prescripteur, qui au jour de la visite d'inspection n'était pas pourvu.	R2	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le MedCo répond aux obligations de qualifications et de diplômes.		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	Les éléments fournis attestent de ces modalités.		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'établissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise. <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social - Médical			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		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	L'ensemble des documents obligatoires étaient affichés à l'entrée de l'établissement, hormis : - L'organigramme de l'établissement ; - Le résultat de la dernière enquête de satisfaction ; - La liste des personnes qualifiées. L'établissement a remédié à ces manquements à l'issue de l'inspection sur site en transmettant à la mission, par courriel du 13/04/2023, des éléments de preuve attestant des corrections apportées.		L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)
1.2.3.5	Management et Stratégie				

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 Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jour et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances		L'établissement dispose d'un CVS qui se réunit quatre fois par an pour débattre des activités et de la vie de l'EHPAD ainsi que des orientations impactant la qualité de vie des résidents et de leurs familles. Les EIG et réclamations sont inscrites à l'ordre du jour et retranscrites dans les comptes rendus signé par la direction et le représentant des familles.		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 éis 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)

18/40

N°/IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Cet élément est bien inscrit aux ODJ des CVS et débattu en séance.		R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°/IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	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 ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	La mission n'a pas constaté la formalisation de la désignation d'un référent (ex bientraitance).	R3	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 ? Quelle est la composition du 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 ?	Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) est en cours de rédaction par le groupe TENERIS.	E2	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 Principales catégories de risques possibles : Juridique			

1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Cette thématique est en cours d'appropriation par le gestionnaire au regard de l'évolution récente de la réglementation sur le renouvellement des autorisations.		L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)		L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	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 Principales catégories de risques possibles : 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 ?	La politique de la bientraitance se traduit par différentes modalités et indicateurs (PAP, formation, affichage, sensibilisation, environnement, procédures) L'établissement a fait connaître à la mission qu'aucun EI/EIG ne s'était produit sur les deux dernières années (2021/2022). Un cahier de doléance est disponible pour les familles dans l'espace salon près de l'entrée dans lequel figure essentiellement les remerciements des familles.		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) Circularie rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008		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) Circularie rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.3	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) L331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				
1.5.1.0	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/tique			
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 ?	L'établissement dispose d'un logiciel permettant l'enregistrement et la déclaration de tout EI. Les enquêtes de satisfaction ainsi que les plaintes sont portées à la connaissance de la direction et du CVS via un support écrit.		

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 ?	Cf. supra point 1.5.1.1. Toutefois, l'accès aux informations n'est pas consultable sous format papier et mis à disposition de l'ensemble du personnel. Ce point évoqué par la mission a été corrigé par l'établissement en transmettant des éléments de preuve par courriel du 13/04/2023. A compter de cette date, l'établissement dispose d'un classeur avec l'ensemble des procédures et recensant la chronologie des EI et EIG avec leur traitement, mis à disposition du personnel.		L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'état et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
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) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Cf. supra point 1.5.1.3		L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. - Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - qualité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...) - ratios d'encadrement général et soignants - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	Selon les informations communiquées à la mission (source organigramme), l'établissement dispose de l'effectif global suivant : - Direction : - MedCo : - IDE : - Psychologue : - Psychomotricienne - AS/AMP/AES : Le poste de psychomotricienne est occupé par deux agents. Sur les l'AS/AMP/AES, après contrôle, i ont pourvus par des auxiliaires de vie faisant fonction de soignant. Cet état de fait est confirmé lors de l'entretien avec la direction. Sur ces 6 ETP, le jour de la visite : - 1 ETP est en arrêt - 2 ETP mentionnés comme étant en VAE - 3 ETP en cours de mise à niveau du français (programme ENOUMA) E3		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			La mission a rappelé le jour de l'inspection qu'en application des dispositions de l'article R314-166 du CASF la dotation de soin ne peut être employée que pour les dépenses de soins et le personnel soignant titulaires d'un diplôme conforme à la mission exercée ou en cours de formation sur l'obtention du diplôme requis. D'autant que ce personnel est sous contrat à durée indéterminée (CDI). Le ratio global de soin se situe ainsi au regard de la capacité théorique : Ratio IDE : 0.06 Ratio AS/AMP : 0.31 Hormis, l'animatrice, la psychomotricienne et l'adjointe de direction qui étaient en congé le jour de l'inspection et l'IDEC en congé parental, remplacée par une IDE, la direction précise que tous les postes sont pourvus. En l'absence de l'animatrice, les animations sont réalisées par les AS/AMP. L'établissement accueille une stagiaire IDE. L'animatrice ne dispose pas d'un diplôme pour exercer ses missions auprès de personnes âgées dépendantes. Sur le volet hébergement (hors direction) l'établissement dispose de 11 ETP L'établissement dispose d'un temps plein d'animatrice pour une capacité théorique de 51 résidents. Ce choix est guidé selon la direction par la volonté de centrer la vie de l'établissement autour de l'animation. La mission encourage le gestionnaire à préserver ce choix et à inscrire cet agent dans un parcours de formation diplômante adapté à ses missions.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	La majorité du personnel est recrutée sous CDI. Un pool de CDD permet de pallier aux vacances ponctuelles de poste à pourvoir.		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Cf. point supra 1.2.2.3 Il est ... pour le taux de rotation du personnel et de ... pour l'absentéisme.		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	Les dossiers administratifs du personnel consultés par les membres de la mission d'inspection n'appellent pas de remarque : ils sont correctement tenus. Les dossiers sont à jour avec les avenants aux contrats en cas de changement de fonction.		L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'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 – Managerial - 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 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bien-être, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ? L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ? 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	La mission a pris connaissance d'un plan de formation 2023 multi thématiques qui n'appelle pas de remarque. Le médecin coordonnateur contribue par de mini formations internes à la prévention de la maltraitance et à la prise en charge des troubles du comportement. Plusieurs agents sont identifiés comme pouvant bénéficier d'une VAE pour se mettre en conformité avec leur fonction et la réglementation. Il s'agit d'une demande parfois initiée par le personnel auprès de son employeur. La mise en conformité est évoquée au point 2.1.1.1		L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines				
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines				

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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 ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Répartition de la charge de travail des soignants : - Chaque AS prend en charge 7 à 8 résidents - 3 AS /jour dans le bâtiment principal et 3 AS/jour dans le petit bâtiment - Les soignants sont affectés par étage avec une rotation tous les 3 mois - Le GMP par étage est équilibré - Equipes matin de - Equipes nuit de - L'encadrement par niveau est confié à une soignante « chef d'équipe » désignée par la direction selon l'ancienneté - Le planning du personnel est établi par la 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 ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Cf. supra point 2.1.4.1		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	A la lecture du planning il s'agit d'aides-soignants diplômés.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	Oui. Les astreintes du week-end sont réalisées par la direction, adjointe de direction, l'IDEC et la responsable hébergement, en rotation 1 week-end par mois.		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Cf. point 2.1.1.1		L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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 ?	L'établissement dispose d'un pool de CDD. Cf. supra point 2.1.1.6		
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 ?	Le registre a été vérifié avec une anomalie rectifiée immédiatement par le directeur.		L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
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	Plusieurs dossiers de résidents ont été consultés par la mission sur le volet uniquement administratif. Globalement les dossiers sont bien tenus. Toutefois, aucun dossier ne contenait le projet de vie personnalité (PAP), qui selon la direction fait l'objet d'un recensement à part dans un classeur dédié. Il serait souhaitable d'avoir une copie dans le dossier du résident. Les directives anticipées ne sont pas systématiquement renseignées.	R4	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.

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 est en bon état et des travaux d'amélioration des conditions de travail étaient en cours au jour de l'inspection. La mission a constaté, lors de la visite des locaux, qu'aucune fenêtre ne disposait de limiteur d'ouverture (entrebâilleur) notamment celles aux étages. La direction a expliqué ce choix au regard des profils de résidents accueillis qui ne présentent pas de risque particulier (tentative de suicide ou troubles cognitifs/psychiatrique). La mission prend acte de ce choix assumé par l'établissement.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'établissement remplit les conditions réglementaires imposant un espace climatisé ou une pièce rafraîchie. Il dispose également d'un groupe électrogène pour faire face à une éventuelle défaillance électrique.		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)
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... ?	La mission a pu consulter le dernier procès-verbal de la commission communale de sécurité et d'accessibilité qui a émis un avis favorable assorti de prescriptions.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

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 ?	La mission n'a observé aucune entrave aux déplacements des résidents notamment en fauteuil roulant. Le jour de la visite d'inspection, quelques locaux étaient en cours de travaux sans impact sur le fonctionnement de l'établissement.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés..." et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...)?	Au vu des profils accueillis, l'établissement n'est pas doté de système anti-fugue. Lors de l'entretien avec la mission, la direction n'a pas évoqué de besoin particulier sur ce type de surveillance. L'entrée et la sortie de l'établissement sont sécurisées avec un système de vidéosurveillance + digicode.		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 ?	La mission a pu tester la réactivité du personnel soignant au système d'appel installé dans les chambres. Le test a été effectué par un membre de la direction de l'établissement sur demande de la mission dans une chambre choisie au hasard au RDC bas. Le résultat est concluant avec un temps de réponse acceptable (inférieur à 3 mn). L'appel ne génère aucun signal perturbant pour le résident. Le report se fait sur les DECT des soignants et l'acquittement à lieu dans la chambre. Dans le cadre d'une visite d'une chambre inoccupée et en travaux, la mission a pu vérifier l'installation d'appels malade dans les sanitaires.		L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés..." et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

Prises en charge

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 ?	Les familles sont associées dans la prise en charge des résidents avec des temps d'échanges, la liberté de venir rendre visite et la mise à disposition d'un salon au besoin.		
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 ?	Les droits des personnes sont respectés au regard des documents consultés par 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)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	Cf. supra point 1.2.3.5		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	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 ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer (UVP, ...)	L'établissement dispose d'un animateur à temps plein et d'un programme d'animation intégrant à la fois des activités en intérieur et en extérieur.		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)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Cf. supra point 1.2.1.4		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

- E1 :**
Transmettre aux autorités de contrôle le projet d'établissement ainsi que le compte rendu du Conseil de la Vie Sociale (CVS) actant la présentation du projet.
- E2 :**
Mettre en place le plan d'amélioration continue de la qualité et le transmettre aux autorités de contrôle.
- E3 :**
Diplômer le personnel faisant fonction de soignant en l'inscrivant dans une démarche de qualification professionnelle (VAE) et transmettre aux autorités de contrôle les attestations d'inscriptions.

Remarques

- R1 :**
Procéder à l'actualisation du projet de vie personnalisé (PAP) pour l'ensemble des résidents accueillis et transmettre la liste actualisée aux autorités de contrôle.
- R2 :**
Pouvoir sans délai le poste de médecin prescripteur autorisé et financé par l'ARS et transmettre les éléments de preuve.
- R3 :**
Formaliser la désignation de référents par thématique et transmettre les informations aux autorités de contrôle.
- R4 :**
Mettre une copie du PAP dans le dossier du résident.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « La Cerisaie », géré par le groupe TENERIS a été réalisée de manière inopinée le 28 février 2023.

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

- **GOUVERNANCE**

1.2 Management / Stratégie et notamment :

- Le projet d'établissement non disponible le jour de la visite d'inspection ;
- La mise à jour du projet de vie personnalisé (PAP) non effectuée pour l'ensemble des résidents ;
- Le poste de médecin prescripteur autorisé et financé par l'ARS depuis 2022 non pourvu le jour de l'inspection.

1.4 Gestion de la qualité et notamment :

- Absence de formalisation des missions des référents par thématique ;
- Absence de plan d'action en matière d'amélioration continue de la qualité (PACQ).

- **FONCTIONS SUPPORT**

2.1 Gestion des ressources humaines et notamment :

- Plusieurs personnels faisant fonction de soignant.

- **PRISE EN CHARGE**

- Absence de copie du PAP dans le dossier du résident.

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

Cergy-Pontoise, le 08/06/2023

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
PACQ : Plan d'amélioration continue 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



Délégation départementale
du Val d'Oise

Cergy, le

23 FEV. 2023

Madame, Monsieur,

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

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

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

L'EHPAD dénommé « La Cerisaie » et situé à Montmorency (FINESS n° 95 080 252 0) a été inscrit dans la programmation 2023 de ces contrôles.

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

- La gouvernance de l'établissement : 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 sociale des résidents : le respect des droits des personnes, vie sociale et relationnelle, 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 sera composée de :

-
-

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

L'inspection aura lieu sur site à compter du 28 février 2023 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP), de manière inopinée ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement.
En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer et accèdera à l'ensemble des locaux qu'elle jugera utile également de visiter.

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

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Les décisions définitives seront notifiées à la fin de la procédure contradictoire.

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

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

La Directrice de la Délégation départementale

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 quelques 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 ».

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE

EHPAD La Cerisaie
Inspection du 28 février 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	Sans objet

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

N°	Nature du document demandé	Copie 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	OUI
8	Tableau de suivi des projets de vie	copie	OUI
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	Le classeur n'existait pas au jour de la visite. Il a été mis en place à la suite de l'Inspection.
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	OUI

Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
Format électronique uniquement par lien sécurisé « Bluefiles »

N°	Nature du document demandé	Copie	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	Le poste de médecin prescripteur autorisé par l'ARS était vacant le jour de l'inspection et en cours de recrutement selon la direction.
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	Le projet d'établissement est en cours de validation auprès du CVS. La mission n'a donc pas pu consulter ce document central.
22	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie	OUI
23	Projet d'animation	copie	Il s'agit d'une composante du projet d'établissement (cf. supra)
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
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
27	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie	NON
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	L'établissement ne dispose pas d'un recueil papier des EI. Toutefois, le suivi est informatisé. La mise en place d'un classeur de suivi des EI/EIG est effective à la suite de l'inspection (cf. doc n°12 supra)
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

Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection

- La direction (directeur de l'EHPAD + directrice d'appui du groupe TENERIS)
- La gouvernante
- 1 aide-soignante
- 1 auxiliaire de vie

