

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

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 disjointre, 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	6
I. Gouvernance	7
A) Conformité aux conditions de l'autorisation	7
B) Management et Stratégie	9
C) Gestion de la qualité	15
D) Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables.....	18
II. Gestion des ressources humaines	21
A) Gestion des ressources humaines.....	21
III. Sécurité et organisation de la prise en charge.....	27
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	28
Écarts	28
Remarques	29
Conclusion	30
Glossaire	31
Annexes	32
Annexe 1 : Lettre de mission	32
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis.....	33
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection	35
Annexe 4 : Autres documents	36

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

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été réalisée en visite sur site inopinée, associant conjointement l'ARS et le Conseil départemental.

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

- La Gouvernance : 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 ;
- Prévention de la légionellose.

La mission n'étant pas constituée d'une équipe médicale (médecin 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. Elle a pu échanger avec quelques résidents lors de sa visite dans les locaux 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 « Pierre Campagnac », situé à ANDILLY, FINESS N° 95 080 675 2, 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.

La mission n'étant pas constituée d'une équipe médicale (médecin 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 24 novembre 2022 sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée). Il a été réalisé conjointement par la délégation départementale du Val d'Oise (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 :

- La Gouvernance : 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 ;
- Prévention de la légionellose.

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 1 Rue Aristide Briand à ANDILLY (95580), l'EHPAD « Pierre Campagnac » est géré par la CAISSE CENTRALE D'ACTIVITES SOCIALES DU PERSONNEL DES INDUSTRIES ELECTRIQUE ET GAZIERE (CCAS EDF-GDF), située 8 rue de Rosny à MONTRUEIL (93100).

L'EHPAD est autorisé pour 86 places en hébergement permanent et 10 places d'accueil de jour. Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale (100%). Il ne dispose pas d'unité de vie protégée.

A la lecture de l'ERRD 2021, le GMP s'élève à 759 et le PMP à 202. Aussi, les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et au-dessous pour le PMP.

Les 76 résidents accueillis au 31 décembre 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2021	15%	45%	17%	18%	5%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement est de _____ en 2022, dont _____ au titre de l'hébergement, _____ au titre de la dépendance et _____ au titre du soin (EHPAD + AJ + CNR).

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221.

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

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 :

- Conforme, noté « C »
- Acceptable, noté « A » ?
- Éléments probants insuffisants, noté « I »
- Remarque, noté « 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
- Non vérifié : « NV »

I. Gouvernance

A) Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Item	Document probant	Observation	Constat	Référence
1.1.1.0	Régime juridique	Arrêté(s) d'autorisation CPOM Dossier d'autorisation et ses modifications Fichier FINESS Habitations Rapport de la visite de conformité Rapport(s) d'activité	Le CPOM est en cours de négociation.	A	
1.1.1.1	Statut juridique		L'établissement est rattaché et géré par la Caisse Centrale d'Activités Sociales (CCAS) de l'énergie qui a le statut de société mutualiste. Le conseil d'administration est composé de 18 représentants désignés par arrêté ministériel sur proposition des fédérations syndicales. La CCAS ne gère qu'un EHPAD sur le territoire national. Rattachée à un pôle dédié (direction de l'offre et des métiers), la directrice de l'EHPAD elle est la seule à disposer des qualifications et connaissances requises à la gestion d'un ESSMS, selon ses dires. Pour pallier à ce manque, la CCAS a fait le choix de s'appuyer sur un Cabinet conseil notamment en ce qui concerne la tarification et l'évaluation externe de l'établissement.	C	L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Autorisation		La capacité installée de 86 lits et 10 places d'accueil de jour est conforme à l'autorisation. Le jour de l'inspection le taux d'occupation de l'établissement était de 91,8% contre un taux de pour l'année 2021. Cette sous activité s'explique par le nombre de chambres doubles (6) et notamment par la proposition de 5 studios pour couples. En effet, les rotations de chambres s'effectuant en fonction des départs, les résidents initialement en couple ne souhaitent pas changer de chambre suite au décès/départ de l'un d'eux, ce qui signifie que le taux d'occupation maximum ne peut être atteint.	A	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 Eib 60 ans)

1.1.1.5	CPOM / mise à jour			A ce jour, ces chambres doubles/couples représentent 14,6% du total de chambres de l'établissement. Ce taux est supérieur au 10% fixé par le cahier des charges des EHPAD. L'établissement envisage de doubler les 6 chambres doubles. Ce projet devra être soumis aux autorités pour validation. La négociation du CPOM est cours.	SO	L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)
1.1.3.0	Personnes accueillies	Comptes rendus des réunions du conseil d'administration Comptes rendus des réunions du conseil de la vie sociale Projet d'établissement ou de service Rapport de la visite de conformité. Rapport(s) d'activité Registre des entrées et des sorties Documents de gestion : Taux d'occupation (Ratio nombre de personnes accueillies/ nombre de places autorisées ou nombre de journées réalisées/ nombre de journées autorisées...)		Les Comptes-rendu (CR) des Conseils de la vie sociale (CVS) des années 2021 et 2022 ont été transmis à la mission. De nouvelles élections ont eu lieu en 2022. Le CVS en place se réunit régulièrement et est bien impliqué dans la vie et le fonctionnement de l'établissement.	C	
1.1.3.1	caractéristiques / protection juridique	RAMA Tableau de bord ESMS ANAP		Le jour de l'inspection, 78 résidents sont présents dont 7,69% ayant un GIR 1 et 39 résidents classés en GIR 1 et GIR 2 représentant 50% de la population. Le nombre de résidents bénéficiant d'une mesure de protection juridique n'a pas été contrôlé.	C	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" Art. 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).

B) Management et Stratégie

N°/GAS	Item	Document probant	Observation	Constat	Référence
1.2.1.1	Règlement de fonctionnement	Règlement de fonctionnement Photo de l'affichage	Le règlement de fonctionnement date de 2014 et doit faire l'objet d'une mise-à-jour. Il n'est pas affiché dans l'établissement.	Prescription infra.	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Règlement de fonctionnement / contenu	Règlement de fonctionnement	La majorité des dispositions obligatoires sont présentes dans le règlement de fonctionnement. Néanmoins, n'apparaissent pas : - L'organisation et affectations des locaux et bâtiments ; - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle (seule mention des consignes de sécurité incendie transmises à l'arrivée mais que la mission n'a pas vérifié, interdiction de modifier les installations électriques, interdiction de fumer dans l'établissement) ; - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues ; - L'organisation des soins ; - Les transferts et les déplacements ; - La délivrance des prestations offertes à l'extérieur.	E1 Prescription : Mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires et l'afficher dans un emplacement accessible.	R.311-35 du CASF (contenu RF)
1.2.1.4	Le projet d'établissement / Tous les 5 ans	Projet d'établissement en vigueur	Le projet d'établissement en vigueur a été révisé en juin 2014. Il est donc obsolète. La directrice a indiqué à la mission qu'il devrait être mis à jour courant 2023 et que la démarche a été amorcée avec des pistes de réflexions (exemples : mise en place d'une unité protégée, accompagnement des résidents désorientés, recours à la médiation animale, etc.). Néanmoins, la mission n'a pas pu constater ces éléments à l'appui de documents concrets.	E2 Prescription : L'établissement doit disposer d'un projet d'établissement valide, mettant le résident au cœur du projet et construit avec les professionnels, les familles et les résidents et en intégrant une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	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)

1.2.2.0	Pilote de la structure	Comptes rendus de réunions de direction ou de services Comptes rendus de réunions des différentes instances de l'organisme gestionnaire et de la structure Compte-rendu des réunions entre la direction et les délégués du personnel Délégations de signature aux personnels Documents de délégations Fiche de poste du directeur de l'établissement Organigramme de la structure Plannings de permanence des responsables Projet d'établissement ou de service Projet stratégique de la structure Dossier regroupant les réclamations Règlement intérieur de la structure (code du travail) Entretien avec le directeur Entretiens avec les représentants du personnel Entretiens avec des personnels Contacts avec les services compétents en matière d'inspection du travail selon les besoins du contrôle	Selon les entretiens menés, le pilotage de l'EHPAD repose sur le trinôme directrice/medco/IDEC. Cependant la mission n'a pas eu accès aux comptes rendus du Comité de Direction (CODIR)	R1 Recommandation : L'équipe de direction devrait mettre en place une traçabilité des CODIR.	
---------	------------------------	---	---	---	--

1.2.2.1	Organigramme	Organigramme et photo affichage	A son arrivée, la mission a pris connaissance de l'organigramme remis sur place, et qui datait de 2017. Ce document n'était par ailleurs pas affiché. Compte tenu de la date mentionnée assez ancienne, la direction a remis sur place une version mise à jour avec des informations différentes de la première version. L'organigramme ne mentionne que les fonctions et les équivalents temps plein (ETP) : il n'est pas nominatif. Une apprentie a été présentée à la mission comme occupant la fonction de « directeur adjoint », conforme à la mention figurant dans l'organigramme. Elle est présente depuis une année avec une alternance de 11 jours dans l'établissement et 4 jours en centre de formation par rotation. Elle occupe la fonction susmentionnée au regard d'un poste vacant depuis juin 2021. La consultation de son dossier administratif a permis à la mission de constater que sa première année d'apprentissage portait la fonction d'un appui RH et que cette mission a été redéfinie sur la 2^e année pour être positionnée en tant que directeur-adjointe. Cependant, la mission n'a trouvé aucun document attestant de ce changement d'orientation, ni document ou fiche de poste justifiant son positionnement hiérarchique en tant que directrice adjointe, ce qui interroge la mission sur les responsabilités de l'apprentie en cas d'absence de la directrice. Le CODIR hebdomadaire réunit la directrice, le médecin coordonnateur, le cadre de santé, les psychologues, et la directrice adjointe. Néanmoins, la mission n'a pas eu connaissance des comptes rendus de ces CODIR.	E3 Prescription : Afficher l'organigramme actualisé en mentionnant les noms des professionnels et les ETP occupés.	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'étt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Réunion d'équipe institutionnelle	3 derniers comptes rendus du CODIR / COMEX / COPIL		I (Cf. N° 1.2.2.0)	

1.2.2.3	Qualité du climat social	CR des CTE et CHSCT ou CSE n et n-1 Tdb-ESMS ANAP Rapport de la médecine du travail	La mission n'a pas constaté de signes de conflit direct entre la direction et les salariés. Les différents échanges que la mission a pu mener avec les professionnels ont mis en exergue que la qualité de vie au travail des salariés s'inscrit au centre des préoccupations de la CCAS. Le taux de rotation du personnel est très bas En l'absence d'information mentionnée dans le tableau de bord de la performance (ANAP), dont le remplissage par le gestionnaire relève d'un caractère obligatoire, l'établissement indique à la mission que le taux d'absentéisme se situe à Ce taux d'absentéisme élevé traduit un dysfonctionnement. Les postes vacants sont majoritairement pourvus par des infirmières. La CCAS, à travers une subvention d'équilibre apporte des moyens humains supplémentaires. La CCAS apporte un appui à la directrice de l'EHPAD, elle fait principalement le lien avec les organismes syndicaux, et apporte également les moyens humains pour le remplacement du personnel. Les entretiens réalisés par la mission ont permis de constater que c'est également la commission paritaire de la CCAS qui procède aux recrutements. Les postes sont publiés en interne en première intention. L'avis de la directrice de l'EHPAD est recherché par la CCAS et généralement suivi. Cependant la mission n'a pas eu accès à un organigramme fonctionnel illustrant les liens entre l'EHPAD et la CCAS. Pour ce qui concerne la tarification, la comptabilité et la démarche qualité dans son ensemble, la direction a un appui du cabinet Mazars. Une nouvelle directrice de l'offre est arrivée depuis le 1^{er} octobre 2022 impliquant de nouvelles modalités d'échanges et d'appui entre la CCAS et la directrice de l'EHPAD. La directrice de l'EHPAD a pris ses fonctions le 12 septembre 2017, à temps plein. Néanmoins la mission n'a pas pu consulter son dossier administratif et prendre connaissance de son contrat. La directrice dispose d'une délégation (DUD) qui reprend en partie ses missions. Toutefois, aucune fiche de poste n'a été transmise à la mission.	R2 Recommandation : Le recours massif à des infirmières impacte inévitablement le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD. La recherche d'une stabilisation des effectifs doit être privilégiée.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Direction/directeur / relation gestionnaire				D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Direction / directeur / fiche missions / fiche de poste / contrat	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD Contrat de travail du directeur de l'EHPAD		E4	Injonction : Le gestionnaire doit formaliser les missions réglementaires dévolues au directeur de l'EHPAD dans une fiche de poste. L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

1.2.2.7	Direction / directeur / qualification / diplôme				C	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	Direction / équipe de direction / missions	procédures el/ou convention d'astreinte planning des 3 derniers mois délégation et subdélégation de signature	Il existe une procédure d'astreinte générale émise par la CCAS pour toutes les structures de sa compétence qui définit les personnes assujetties, les roulements et la rémunération. Toutefois, au niveau de l'EHPAD, la mission n'a pas pu constater de procédure interne formalisée interne ni le mode de communication aux équipes du planning d'astreintes. Seul, un descriptif des conduites à tenir inscrit dans les fiches horaires des IDE et dans un courriel envoyé aux personnes assujetties aux astreintes a été communiqué à la mission.	R3 Recommandation : Une procédure d'astreinte formalisée doit être mise en place au sein de l'EHPAD. Le planning d'astreinte ainsi que les coordonnées des agents en astreinte doivent être diffusés aux équipes.		
1.2.2.9	Direction / astreinte de direction / permanence / absence	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction	Le jour de la visite, la mission a été reçue par une apprentie (cf. N° 1.2.2.1) dans l'attente de l'arrivée de la directrice, qui a rejoint la mission ultérieurement. La mission n'a pas pu constater de procédure en cas d'absence de la directrice.	Cf. n°1.2.2.11		
1.2.2.10	Direction/délégation de pouvoir du directeur (DUD) / Délégation de signature du siège	DUD directeur	Une DUD de la directrice a été transmise à la mission mais l'ensemble des éléments réglementaires n'y sont pas mentionnés et notamment la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service. La gestion budgétaire, financière et comptable, et la gestion et l'animation des ressources humaines accordée à la directrice est limitée. Celle-ci a été signée en 2018. La mission n'a pas pu constater qu'elle a été portée à la connaissance du CVS.	E5 Prescription : Mettre à jour le document de délégation de pouvoir (DUD) de la directrice de l'EHPAD en conformité avec la réglementation et transmettre une copie aux autorités de contrôle. Informer le Conseil de la Vie Sociale (CVS)	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	Direction/Subdélégation de signature du directeur à des professionnels (DUD)		La mission n'a pas eu connaissance de subdélégation de pouvoir de signature selon les termes de l'article D315-67 du CASF. Cette possibilité n'apparaît pas dans le DUD transmis.	E6 Prescription : Etablir et transmettre aux autorités la procédure organisant la continuité de la direction en l'absence du directeur ainsi que le document de subdélégation de sa signature.	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	IDEC / Qualification / présence		L'EHPAD dispose de 2 ETP de coordinateurs des soins (équivalent IDEC) L'une des 2, exerçant dans l'EHPAD depuis 1997, est en arrêt maladie depuis février 2022, et une IDEC en intérim la remplace. La seconde, disposant du diplôme requis, est missionnée coordinatrice de soins (statut propre à la CCAS) par la directrice de l'EHPAD depuis le 1 ^{er} janvier 2022. Toutefois, aucun document attestant de cette mission en vigueur au jour de l'inspection n'a pu être mis à disposition de la mission. Le dernier document prolongeant la mission de la coordinatrice de soins recueilli par la mission datait du 19 avril 2022 (pour une prolongation jusqu'au 30 juin 2022)	R4 Recommandation : L'établissement devrait formaliser les missions de la coordinatrice des soins.	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	IDEC / Fiche de poste / fiche mission / fiche métier	Fiche de poste et/ou de mission IDEC	Le dossier administratif de la coordinatrice des soins missionnée (cf. supra) ne contenait pas de fiche de poste.		
1.2.2.14	MedCo / présence / ETP	Contrat MedCo Fiche de paye MedCo mois précédent	L'organigramme affiche 1 poste de médecin coordonnateur. Celui-ci, au réel de 0,70 ETP, est partagé entre l'accueil de jour (0,20) et l'EHPAD (0,50). Compte tenu de l'évolution réglementaire effective à partir du 1 ^{er} janvier 2023 sur l'augmentation du temps de médecin coordonnateur dans cet EHPAD, la directrice a été informée par la mission du nouveau décret. Ce dernier (décret n° 2022-731 du 27 avril 2022) porte le temps de médecin coordonnateur de 0.50 ETP à 0.60 ETP à compter du 1 ^{er} janvier 2023.		D312-156 du CASF (ETP MedCo) ATTENTION changement des ETP / nombre de places au 01/01/2023 Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.2.2.15	MedCo / Qualification	Diplôme MedCo			C	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	MedCo / contrat de travail / convention / contrat de coordination	Contrat MedCo fiche de paye de mois précédent CR CVS CR des 2 dernières réunions institutionnelles (direction et professionnels) HAS "Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs SMSS", 2020	Le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail dont la mission a pu prendre connaissance sur place. 3 CVS ont été tenus sur l'année 2022 pour lesquels les comptes rendus ont été transmis. Le CVS semble bien impliqué dans la vie de l'établissement. Un espace, au niveau de la bibliothèque, comprend tous les affichages afférents au CVS.			D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat Medco est Médecin traitant)
1.2.3.3	Communication interne / professionnels et résidents et familles					
1.2.3.5	Communication interne / Affichage espace commun		L'affichage des documents est réparti dans plusieurs espaces, et non centralisé à l'accueil, et à des hauteurs variables, ce qui rend difficile l'accès aux informations dans leur ensemble à tous. Il manquait notamment à l'affichage consulté le jour du contrôle : l'organigramme, le règlement de fonctionnement, les résultats de la dernière enquête de satisfaction.	R5 Recommandation: Afficher l'ensemble des documents réglementaires de manière visibles, accessibles à tous et centralisés à l'entrée de l'EHPAD.		L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueil) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

C) Gestion de la qualité

N°IGAS	Item	Document probant	Observation	Constat	Référence
1.4.1.1	Démarche d'amélioration de la qualité / Professionnels Réfèrent (qualité, médicament, hygiène, commande, pansement, ...)		Il existe une référente qualité en interne, mais celle-ci est en congé sabbatique pour une durée d'un an. La directrice est donc le pilote actuel mais l'EHPAD bénéficie également de l'appui du pour le déploiement de sa démarche d'amélioration de la qualité.	C	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018

1.4.1.3	Démarche d'amélioration de la qualité / Protocole, procédures / urgence	Lors des entretiens, la mission a été informée que les procédures sont actualisées par la référente qualité. En l'absence de celle-ci, c'est l'IDEC et le Medco qui en assurent la gestion. Néanmoins, la mission a pu constater que si l'établissement dispose d'un classeur contenant un bon nombre de procédures et de protocoles, celles-ci sont pour la plupart très anciennes. A titre d'illustration : - le protocole de traitement des incidents et événements indésirables date du 14/09/2012, - la procédure et le protocole d'élimination des DASRI date du 10/07/2014, - le protocole de lutte contre la légionnelle date du 01/09/2016, - le protocole de collecte et traitement du linge contagieux date du 20/08/2010, - la procédure d'admission d'un résident date du 23/05/2014, - le protocole circuit du médicament date du 10/06/2013, - le protocole chutes date du 15/05/2013, - la procédure concernant les accidents du travail date du 02/12/2011.	E7 Prescription : L'ensemble des procédures doit être mises à jours et diffusées à l'ensemble des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD.	L312-8 CASF (RBPP et évaluation des prestations délivrées) D312-158- 5° CASF
1.4.1.7	Démarche d'amélioration de la qualité / plan d'action	Plan d'action portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charges et prestations La mission n'a pas pu constater l'existence d'un Copil qualité, Un suivi de la démarche qualité est assuré par la directrice et le Les différents entretiens menés ont permis à la mission de constater que les équipes n'ont pas connaissance des procédures (notamment concernant les EIG). La dernière évaluation interne date de novembre 2021. La CCAS est informée de la nouvelle réglementation concernant le dispositif d'évaluation.	E8 Prescription : La direction doit élaborer un plan d'action en matière d'amélioration continue de la qualité.	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
1.4.2.0	évaluation et certifications	Liste des organismes habilités par la HAS pour réaliser l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations que délivrent les structures Rapports des évaluations internes et externes	C	

1.4.2.1	Démarche d'amélioration de la qualité / évaluations externes	Dernière évaluation externe	La dernière évaluation externe a été réalisée en septembre 2014. Aucun PACQ formalisé n'a pas été transmis à la mission. Le programme et l'échéancier des 5 groupes de travail de préparation à l'évaluation externe était affiché à l'accueil de l'EHPAD. Un audit blanc d'évaluation externe devait être réalisé sur l'EHPAD en novembre 2022.		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)
1.4.2.2	autoévaluations internes		Il n'existe pas de contrôle réalisé en interne. Par exemple la direction ne met pas en place d'actions de contrôle de nuit. Des groupes de travail sur les étapes de l'évaluation ont été mis en place par le	R6 Recommandation : L'établissement devrait réaliser un autocontrôle sur son fonctionnement global.	L 312-8 CASF L'évaluation externe sera donc réalisée tous les 5 ans (Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021) modifié à partir du 01/01/2023 / référentiel HAS
1.4.3.1	Maltraitance / prévention / promotion bientraitance / affichage numéro maltraitance 3977	Plan de formation incluant des formations du domaine de la promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance Feuille d'émargement des animations de groupe de parole et d'échange de pratiques plan d'action de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	La référente Bientraitance est la référente qualité, mais sont aussi référents sur ce sujet une des psychologues et le MedCo. La mission n'a pas pu constater l'existence d'une politique formalisée de promotion de la bientraitance. Il y a eu notamment une formation « prévention de la maltraitance » en avril 2022 destinée à l'ensemble du personnel, cependant les attestations n'ont pas été fournies à la mission. 2 formations sont inscrites au programme prévisionnel de 2023, une 2 ^{ème} session similaire à celle de 2022 et une seconde pour 12 salariés sur le plan de la prévention des risques de maltraitance et de violence en ESSMS. Le numéro 3977 est affiché à l'accueil de l'établissement, devant l'accueil de jour.	R7 Recommandation : Une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance doit être mise en place et diffusée au sein de l'établissement.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008

1.4.3.2	Gestion des risques / événement indésirable EI / signalement aux autorités pénales	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 ?	Une procédure de traitement des incidents et événements indésirables a été transmise à la mission, elle date de 2012. Les différents entretiens ont permis à la mission de constater que la procédure de signalement n'est pas connue du personnel.	E9 Prescription : La procédure de signalement des EIG doit être mise à jour et connue des équipes. Les EIG doivent systématiquement être déclarés dans les meilleurs délais. Un classeur présentant la procédure de déclaration des EIG et les signalements ainsi que les plans d'actions doit être mis en place.	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	Maltraitance / signalement		Les entretiens ont permis à la mission de constater que les situations de maltraitance éventuelles ne sont pas systématiquement remontées, il n'y a pas de contrôle interne permettant de les identifier.	SO Rappel de la réglementation : Tout manquement professionnel repéré entraînant des risques de maltraitance, doit être signalé comme événement indésirable grave et transmis immédiatement aux autorités de contrôle.	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)

D) Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Item	Document probant	Observation	Constat	Référence
1.5.2.0	événement indésirable, réclamation, signalement	Analyse des réclamations, des événements indésirables Procédures de traitement des événements indésirables	Des fiches de signalement d'événement sont présente dans l'établissement pour les professionnels. La direction fait remonter les événements indésirables à la CCAS, et quand elle le		

		Procédures de traitement des réclamations Dossier regroupant les réclamations Entretien avec le directeur	juge nécessaire aux autorités de contrôle (ACT). Très peu d'EIG sont cependant remontés, et toutes les situations et leurs suivis ne sont pas consignées dans un classeur dédié. Il en est de même pour les réclamations. Un cahier de doléances est placé à l'accueil à destination des familles. Le dernier commentaire au jour du contrôle datait de juin 2022. Il existe également des « fiche de déclaration d'un dysfonctionnement » à disposition des familles, résidents, et salariés à l'accueil. Au vu des entretiens menés par la mission, les réponses apportées par l'EH PAD ne répondent pas aux impératifs d'un délai raisonnable, adapté à la situation traitée ou destiné à éviter que l'évènement ne se reproduise.		
1.5.1.1	Démarche d'amélioration de la qualité / satisfaction, plainte, registre des réclamations,	Registre des plaintes et réclamations Voir si ont un outil informatisé pour la gestion des EIG	Les éléments concernant les EIG ne sont pas tracés et suivis dans un outil métier. La mission a recueilli sur place des documents imprimés par la directrice. Il n'existe aucun classeur répertoriant les événements indésirables et leur traitement. Le registre des doléances présentés contenait des commentaires de 2005 à 2022. La direction a précisé que la plupart des réclamations des familles arrivent par mails, plutôt sur le volet des soins. Une réponse par mail serait systématiquement apportée par la direction ou l'IDEC, mais il n'existe pas de classeur de recueil à jour.		

1.5.1.3	Gestion des risques / événement indésirable (EI) / politique de signalement / procédure protocole / formation	Procédure de gestion des EI / EIG EIAS	Les professionnels ne connaissent pas les procédures de déclaration des EIG.	E10 Prescription : L'ensemble des professionnels doivent être formés aux modalités d'identification, de gestion, d'analyse et de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG) ainsi qu'aux risques encourus en cas de non déclaration. Mettre en place une formation sur les EI et EIG, transmettre le contenu de la formation et les feuilles d'émargement.	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 (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Coordination / signalement événement indésirable (EI) / Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Plan d'action portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charges et prestation CR du dernier RETEX	Un travail est engagé avec le Mazars sur ce sujet selon les indications de la direction. Cependant, des comptes rendus actant ces éléments n'ont pas été transmis à la mission.		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

II. Gestion des ressources humaines

A) Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Item	Document probant	Observation	Constat	Référence
2.1.1.0	Personnels et qualifications	Bilan social Comptes rendus des réunions du conseil d'entreprise Comptes rendus des réunions du conseil d'administration Conventions collectives, accords d'entreprise CPOM pour les aspects relatifs aux personnels Déclaration annuelle des salaires (DADS) Dossier du directeur Dossiers d'affaires prud'homales Dossiers des personnels (consultation systématique ou par échantillonnage) Statuts de la structure Tableaux des effectifs et répartition dans l'organigramme Entretien avec le directeur Entretiens avec les principaux responsables Entretiens avec les représentants du personnel Contacts avec la DIRECCTE (inspection du travail) selon les besoins du contrôle	La gestion des contrats du personnel est assurée par la CCAS au niveau de son siège social. La plupart des dossiers sur site étaient incomplets (contrats, fiches de postes, évaluation professionnelle annuelles).	R8 Recommandation : Les dossiers complets des professionnels doivent être tenus à jour et disponibles en cas de contrôle.	

2.1.1.1	Effectif prévu / effectif sur site	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir ETP budgétés / ETP rémunérés et planning prévisionnel du prochain mois	L'EHPAD compte 36 AS et 8 IDE. Les plannings sont établis par cycles de 8 semaines pour les IDE et de 12 semaines pour les AS. 4 AS sont présents le matin, sauf le week-end où ils sont 3. Dès qu'une absence est constatée, le personnel est immédiatement remplacé, les équipes seraient donc quotidiennement au complet selon les entretiens menés. Les équipes fonctionnent en roulement horaire, il n'y a donc pas d'équipes jour/nuit distinctes. A chaque étage, une IDE titulaire (référente) est présente.		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF
2.1.1.6	Effectif / Professionnels / contrat de travail / CDI / CDD / Intérim	liste nominative et fonctions des agents recrutés en CDD avec nb, durée, date de début/fin de chaque contrat au cours des 6 mois écoulés bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	Le ratio d'encadrement de l'établissement est satisfaisant. La CCAS contribue sur ses fonds propres à renforcer la présence des soignants (par le remplacement des absences et des arrêts) Cependant, l'EHPAD compte un très grand nombre d'arrêts maladies et un fort recours à l'intérim. La plupart des intérimaires qui interviennent connaissent l'établissement. Il s'agit d'un pool de vacataire régulier. La direction et son équipe s'emploient à transformer ces contrats en CDD afin d'en réduire le coût et favoriser une stabilité des effectifs. Selon les indications de la direction, ces sujets seront traités dans le cadre de la démarche qualité. Par ailleurs, ce recours important aux CDD et à l'intérim ne favorisent pas la stabilité du personnel, impactant de fait le projet d'établissement et ses composantes, notamment le suivi des projets de vie personnalisés.		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	Professionnels / Rotation / effectif	TdB-ESMS ANAP (Mode de calcul : Numérateur : (Somme du taux d'entrée et du taux de sortie) divisé par 2 • Taux d'entrée : Nombre de recrutements au cours de l'année / Effectifs réels en nombre de personnes au 31/12/N-1 • Taux de sortie : Nombre de départs dans l'année / Effectifs réels en nombre de personnes au 31/12/N-1 • Dénominateur : effectifs réels - Exemple de calcul du taux de rotation du personnel : Au 1er janvier 2021, l'effectif d'une entreprise est de 312 salariés. Au cours de l'année 2021, l'entreprise enregistre 47 arrivées et 56 départs de salariés. Son taux de rotation est donc : $[(47 + 56) / 2] / 312 = 0.16$, soit 16% GMP et PMP	Les différents entretiens ont pu démontrer qu'une partie des salariés sont présents depuis de longues années au sein de l'établissement tandis qu'une autre partie est constituée de CDD qui reviennent très régulièrement. Néanmoins il a pu être constaté lors des échanges que les équipes ont des difficultés à accepter les changements dans l'organisation et le fonctionnement de l'EH PAD.	R9 Recommandation : L'EH PAD doit favoriser via des groupes de parole l'écoute du personnel notamment sur l'adaptation de l'EH PAD aux attentes des résidents et/ou des familles.	L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.4	Taux d'absentéisme	TdB-ESMS ANAP Tableau de suivi des absentéisme et remplacement Mode de calcul du taux d'absentéisme : Numérateur : Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation) Dénominateur : Nombre d'ETP réel x 365	Le taux d'absentéisme déclaré par la direction est ce qui est très important. Il semble légèrement en baisse depuis 4 ans L'ensemble des salariés absent est remplacé. Il y aurait une grande part d'agent en inaptitude depuis 6 ans, ce qui serait corrélé à une avancée en âge des professionnels.	R10 Recommandation : L'établissement devrait travailler à la réduction du taux d'absentéisme.	taux d'absentéisme national ANAP 2018 : 12,1%

2.1.1.7	Dossier administratif des professionnels / évaluation professionnelle	Sur les 8 dossiers consultés par la mission aucun ne contenait de fiche de poste, 2 dossiers contenaient les fiches d'entretien d'évaluation annuelle. Les attestations de formation étaient incluses dans tous les dossiers. Ce sont des copies des contrats qui sont dans les dossiers, les originaux étant détenus au siège de la CCAS.	R11 Recommandation : Les dossiers administratifs du personnel doivent comporter une copie de la fiche de poste, à jour et signée par les deux parties.	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES) Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) 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)
2.1.1.8	Professionnels externes / qualification		NV	
2.1.2.0	Formation, accompagnement à la mobilité et à la promotion, soutien des professionnels	Compte rendu des réunions du comité social et économique (CSE) ou comité technique d'établissement (CTE, Els publics) Dossiers des personnels – volet formation Exemples de supports de formation Plan de formation Entretien avec le directeur, avec le responsable de la formation	R12 Recommandation : Assurer le suivi des formations par un outil de suivi et d'évaluation des acquis.	

2.1.2.1	Politique et Plan de formation	plan de formation N, N-1 (prévisionnel et réalisé) et N+1 bilan annuel de formation (rapport d'activité)	Les données des plans de formation pour 2021-2022 ainsi que les attestations pour les formations réalisées sur ces exercices ont été communiquées. Sur chaque année on s'aperçoit qu'une grande part des formations environ 77% est réalisée par un seul prestataire qui diffère chaque année. La plupart des formations est réalisée en intra. La réalisation en inter permettrait aux équipes d'échanger sur leurs pratiques avec des soignants des autres établissements. Il n'y a pas de bilan des formations réalisées détaillant le nombre de professionnels et les catégories de professionnels ayant bénéficié d'une formation dans l'année.	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	Promotion, mobilité / Validation des acquis de l'expérience (VAE)		La CCAS valorise les salariés déjà présents sur l'EH PAD : - Les recrutements sont lancés en priorité en interne afin de pouvoir recruter les CDD en priorité ; - Les agents en inaptitude peuvent bénéficier de formations afin d'être reclassés sur l'établissement. Cela a été le cas pour une aide-soignante qui a été formée pour devenir animatrice. La mission n'a pas eu connaissance de la mise en place de la validation des acquis d'expérience (VAE) au sein de l'EH PAD.		
2.1.2.5	Soutien aux professionnels / accueil nouveau professionnel	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant	Il n'existe pas de protocole d'accueil de nouveaux professionnels. Une psychologue extérieure intervient une fois par mois pour animer un groupe d'analyse de pratiques (GAP) depuis quelques années. Les GAP ne donnent pas lieu à des comptes rendus. Cependant, les professionnels ont des difficultés à investir les GAP.	R13 Recommandation : Etablir une procédure d'accueil des nouveaux salariés et la mettre en œuvre.	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	Pratiques professionnelles, éthique et conditions de travail	Accord d'entreprise Comptes rendus des réunions du CSE/CTE Document unique d'évaluation des risques, DUER Règlement intérieur Entretien avec le directeur, avec les représentants du personnel Contacts avec l'inspection du travail selon les besoins du contrôle		NV	L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Analyse pratiques professionnelles		Selon les entretiens menés la mission a eu connaissance de l'intervention d'une psychologue extérieure une fois par mois pour animer un groupe de parole. Un groupe de travail sur la démarche éthique en institution doit se constituer.		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Affectation des professionnels	Plannings Procédures de permanence ou d'astreinte Procédures spécifiques pour les nuits, fins de semaine, jours fériés et vacances Entretien avec le directeur Entretiens avec des personnels Entretien avec les professionnels	La mission n'a constaté rien d'anormal sur l'affectation des professionnels dans les différents étages pour la prise en charge des résidents.		
2.1.4.1	Planning / élaboration				
2.1.4.5	Analyse des plannings	Plannings types et roulements types plannings simultanés des soignants et AES/AVS Planning des 3 derniers mois prévisionnels et réalisés et planning prévisionnel du prochain mois planning des stagiaires soins de l'année N	L'analyse des planning transmis à la mission n'appelle pas de remarque.		
2.1.4.10	Fonctionnement de nuit, des fins de semaine et des jours fériés / effectifs				

2.1.4.6	Continuité de fonctionnement / présence effectif	Entretien avec le directeur	L'établissement ne dispose pas de système de badgeage pour les salariés. L'IDE en poste, à 6h45, est en charge de faire l'état des absences et des retards des AS du jour. L'horaire limite est à 7h, mais ce protocole n'est pas formalisé.		
2.1.4.2	Affectation / fiche de poste / professionnels / contenu	fiches de postes par catégories professionnelles	Il n'existe pas de fiches de poste adaptée, mais des fiches « heureuses » détaillant l'environnement de travail et quelques conduites à tenir sont disponibles pour les postes IDE et AS.		
2.1.4.4	Affectation / glissement de tâches	entretien avec les professionnels		NV	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)
2.1.4.7	Effective / Continuité de fonctionnement / remplacement		Il existe un pool de remplaçants vacataires et intérimaires.		

III. Sécurité et organisation de la prise en charge

N°IGAS	Item	Document probant	Observation	Constat	Référence
	Sécurité des résidents / prévention des risques		La mission a constaté lors de sa visite d'inspection, une fenêtre ouverte au 3ème étage avec une vue plongeante jusqu'au RDC. Cette fenêtre qui ne comportait pas d'entrebâilleur était grande ouverte (Cf. photos – annexe 4) avec à proximité immédiate une table-basse pouvant faire office de marche-pied et présenter un risque de chute / de basculement d'un résident dans le vide sans aucun système de sécurité.	E11 Injonction : Afin de prévenir tout risque de chute inopinée / ou tentative de suicide, recenser les ouvertures (fenêtres, portes, ...) nécessitant l'installation d'un système de sécurité et mettre en place la mesure appropriée.	
	Organisation de la prise en charge	Registre des entrées et des sorties (résidents)	La mission a constaté des anomalies entre la liste des résidents inscrits dans le registre des entrées et des sorties et celle transmise le jour de la visite sur un document Excel.	R 14 Recommandation : Mettre à jour et en cohérence le registre avec les listings de suivi des résidents.	
	Organisation de la prise en charge	Projets de vie personnalisés (PAP)	A la lecture des documents remis à la mission, 79 résidents bénéficient d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), soit la totalité des résidents de l'établissement. Toutefois, seulement 78% bénéficie d'un PAP actualisé entre 2019 et 2022. 22% dispose d'un PAP antérieur à 2019 qui nécessiterait une mise à jour.	E 12 Prescription : Mettre en place une programmation pour l'actualisation des PAP très anciens.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Injonction n°1 :

Le gestionnaire doit formaliser les missions réglementaires dévolues au directeur de l'EHPAD dans une fiche de poste.

Injonction n°2 :

Afin de prévenir tout risque de chute inopinée / ou tentative de suicide, recenser les ouvertures (fenêtres, portes, ...) nécessitant l'installation d'un système de sécurité et mettre en place la mesure appropriée.

Prescription n°1 :

Mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires et l'afficher dans un emplacement accessible.

Prescription n°2 :

L'établissement doit disposer d'un projet d'établissement valide, mettant le résident au cœur du projet et construit avec les professionnels, les familles et les résidents et en intégrant une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

Prescription n°3 :

Afficher l'organigramme actualisé en mentionnant les noms des professionnels et les ETP occupés.

Prescription n°4 :

Mettre à jour le document de délégation de pouvoir (DUD) de la directrice de l'EHPAD en conformité avec la réglementation et transmettre une copie aux autorités de contrôle. Informer le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Prescription n°5 :

Etablir et transmettre aux autorités la procédure organisant la continuité de la direction en l'absence du directeur ainsi que le document de subdélégation de sa signature.

Prescription n°6 :

L'ensemble des procédures doit être mises à jours et diffusées à l'ensemble des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD.

Prescription n°7 :

La direction doit élaborer un plan d'action en matière d'amélioration continue de la qualité.

Prescription n°8 :

La procédure de signalement des EIG doit être mise à jour et connue des équipes.

Les EIG doivent systématiquement être déclarés dans les meilleurs délais.

Un classeur présentant la procédure de déclaration des EIG et les signalements ainsi que les plans d'actions doit être mis en place.

Prescription n°9 :

L'ensemble des professionnels doivent être formés aux modalités d'identification, de gestion, d'analyse et de déclaration des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables (EI) ainsi qu'aux risques encourus en cas de non déclaration.

Mettre en place une formation sur les EI et EIG, transmettre le contenu de la formation et les feuilles d'émargement.

Prescription n°10 :

Mettre en place une programmation pour l'actualisation des PAP très anciens.

Remarques

Recommandation n°1 :

L'équipe de direction devrait mettre en place une traçabilité des CODIR.

Recommandation n°2 :

Le recours massif à des intérimaires impact inévitablement le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD.
La recherche d'une stabilisation des effectifs doit être privilégiée.

Recommandation n°3 :

Une procédure d'astreinte formalisée doit être mise en place au sein de l'EHPAD.
Le planning d'astreinte ainsi que les coordonnées des agents en astreinte doivent être diffusées aux équipes.

Recommandation n°4 :

L'établissement devrait formaliser les missions de la coordinatrice des soins.

Recommandation n°5:

Afficher l'ensemble des documents réglementaires de manière visibles, accessibles à tous et centralisés à l'entrée de l'EHPAD.

Recommandation n°6 :

L'établissement devrait réaliser un autocontrôle sur son fonctionnement global.

Recommandation n°7 :

Une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance doit être mise en place et diffusée au sein de l'établissement.

Recommandation n°8 :

Les dossiers complets des professionnels doivent être tenus à jour et disponibles en cas de contrôle.

Recommandation n°9 :

L'EHPAD doit favoriser via des groupes de parole l'écoute du personnel notamment sur l'adaptation de l'EHPAD aux attentes des résidents et/ou des familles.

Recommandation n°10 :

L'établissement devrait travailler à la réduction du taux d'absentéisme.

Recommandation n°11 :

Les dossiers administratifs du personnel doivent comporter une copie de la fiche de poste, à jour et signée par les deux parties.

Recommandation n°12 :

Assurer le suivi des formations par un outil de suivi et d'évaluation des acquis.

Recommandation n°13 :

Etablir une procédure d'accueil des nouveaux salariés et la mettre en œuvre.

Recommandation n°14 :

Mettre à jour et en cohérence le registre avec les listings de suivi des résidents.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Pierre Campagnac », géré par la Caisse Centrale d'Activités Sociales du personnel des industries électrique et gazière (CCAS EDF-GDF) a été réalisée en visite sur site inopinée le 24 novembre 2022.

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 :

- L'affichage et la mise à jour du règlement de fonctionnement ;
- La mise à jour du projet d'établissement ;
- La nécessité de formaliser la fiche de poste du directeur ;
- La mise à jour du DUD et la formalisation de la continuité de la direction.

1.4 Gestion de la qualité et notamment :

- La mise à jour des procédures ;
- L'élaboration d'un plan d'action en matière d'amélioration continue de la qualité ;
- La gestion des événements indésirables graves.

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

- La formation des professionnels aux EIG.

– FONCTIONS SUPPORT

2.1 Gestion des ressources humaines et notamment :

- Le taux d'absentéisme ;
- L'absence de fiches de postes dans les dossiers administratifs des professionnels ;
- L'accueil des nouveaux salariés.

– PRISE EN CHARGE

- Sécurisation des ouvertures (portes, fenêtres) ;
- Mise à jour et tenu des registres d'entrée et sorties des résidents ;
- Mise en place d'une programmation pour l'actualisation des PAP anciens.

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

Cergy-Pontoise, le 24/02/2023

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection	Chargée de mission qualité et contrôle
	Chargée de suivi et de contrôle

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

Délégation départementale
du Val d'Oise

Cergy, le 23 NOV. 2022

Madame la directrice,

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.

D'une part, 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 « Pierre Campagnac » et situé à Andilly (FINESS ET N° 95 080 675 2) a été inscrit dans la programmation 2022 de ces contrôles.

D'autre part, l'une des missions du service « contrôle et sécurité sanitaires des milieux » de l'Agence Régionale de Santé est le contrôle des mesures mises en place dans le cadre de la prévention des risques liés aux légionelles au sein des établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées ^(1 à 4).

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

- La Gouvernance : 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 ;

- Prévention de la légionellose.

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 :

o

o

L'inspection aura lieu sur site le 24 novembre 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (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 CSP⁵ et L.133-2 du CASF⁶ 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 à l'inspecté. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

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

¹ Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire

² Instruction DGS/EA4/2013/34 du 30 janvier 2013 relative au référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionelles dans les installations d'eau des bâtiments

³ Circulaire DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010 relative aux missions des ARS dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire

⁴ Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées

⁵ 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 ».

⁶ 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 et des documents transmis

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE

EHPAD Pierre Campagnac
Inspection du 24 novembre 2022

Liste des documents à fournir immédiatement En 3 exemplaires

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des résidents par chambre, avec GIR, ville d'origine et bénéficiaires ou non de l'aide sociale présents ce jour	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 et de la CCAS EDF-GDF	immédiat	Oui pour celui de l'EHPAD
5	Plan des locaux.	immédiat	Oui (registre de sécurité)

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	Tableau des ETP du mois en cours	copie	Oui
7	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel) du mois en cours	copie	Oui
8	Extraction des pointages de présence des salariés du jour et de la nuit (veille)		Pas de système de badgeage
9	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
10	Répartition des résidents et GIR par chambre/unité/étage	copie	Oui
11	Tableau de suivi des projets de vie	copie	Oui (transmis ultérieurement)
12	Dossiers des résidents et projets de vie	Consultation	Oui sauf le projet de vie
13	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	Consultation	Oui avec des données partielles
14	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation	Oui (anomalie avec le tableau de présence remis à la mission)
15	Classeurs 2020-2021-2022 des Réclamations et des EIG	copie	N'existe pas de manière formelle
16	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Copie ou consultation	La mission a pu consulter le cahier de suggestion
17	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires	consultation	Oui

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

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
18	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	copie	Oui
19	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	copie	Oui
20	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	Non
21	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie	Oui
22	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie	Non
23	Planning des astreintes et procédure.		Oui
24	Projet d'établissement et Projet de soins	copie	Oui (PE datant de 2014)
25	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie	Oui
26	Projet global d'animation	copie	Non (intégré au PE)
27	Tableau des ETP du mois en cours	copie	Oui
28	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	Registre unique du personnel (extraction Excel depuis 1983) Oui
29	Plannings des équipes de soins jour/nuits des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes	copie	Non
30	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie	Oui
31	Tableau de suivi des projets de vie	copie	Oui
32	Les fiches de tâches horaires des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	copie	Oui
33	Les fiches de tâches horaires des ASH	copie	Oui
34	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie	Oui (2022)
35	Programme d'animation pour les deux derniers mois	copie	Oui
36	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction		Oui (2022 et 2019)
37	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie	Non
38	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	copie	Oui (2012)
39	CR des réunions du CVS/2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	copie	Oui
40	Tout autre document que les responsables de l'établissement jugent utile de transmettre	copie	Contrat Ergalis (remplacements), contrat Novadom (groupe de parole et formation par une psychologue), convention art thérapeute, protocole de lutte contre la légionnelle, 3 supports de présentations des travaux réalisés dans l'EHPAD

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

(Le jour de la visite sur site et/ou le lendemain par RDV téléphonique)

- La directrice de l'EHPAD
- 1 apprentie
- 1 responsable des soins
- 1 aide-soignante
- 1 animatrice
- 1 psychologue

Annexe 4 : Autres documents

Photo n°1 : constat à l'arrivée de la mission au 3^{ème} étage de l'établissement.

- ⇒ Une fenêtre du 3^{ème} étage grande ouverte avec une table-basse à proximité pouvant faire office de marchepied.

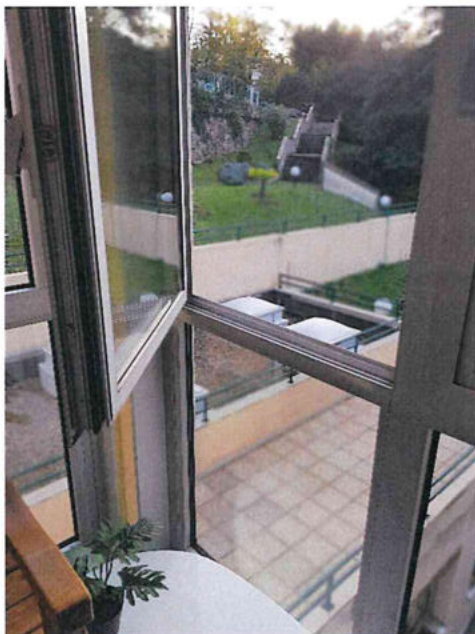


Photo n°2 : Après constatation auprès de la directrice, la fenêtre a été fermée et le marchepied décalé de quelques centimètres.



