

Délégation départementale du Val d'Oise

Conseil départemental du Val d'Oise

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes Résidence Saint Laurent (EHPAD)
20 Rue Edmond Turcq
Beaumont-sur-Oise (95260)
N° FINESS 950801449**

RAPPORT D'INSPECTION
N°2023_IDF_00286
Contrôle sur place le 05/10/2023

Mission conduite par les services de l'ARS Ile de France - Délégation départementale du Val d'Oise représentés par :

-
-

Et par les représentants des services du Département du Val d'Oise suivants :

-
-
-

<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none">- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique- Article L.1435-7 du Code de la santé publique- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles
----------------------------	---

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

 - 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.....	7
Gouvernance	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement des instances	18
Gestion de la qualité	19
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support.....	25
Gestion des ressources humaines	25
Sécurités	32
Prises en charge.....	33
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	33
Respect des droits des personnes	36
Vie sociale et relationnelle	38
Vie quotidienne. Hébergement	39
Les personnes rencontrées par la mission se répartissent ainsi :.....	42
Récapitulatif des écarts et des remarques	43
Écarts	43
Lettre d'intention	Erreur ! Signet non défini.
Remarques	44
Lettre d'intention	Erreur ! Signet non défini.
Conclusion	46
Glossaire.....	47
Annexes :.....	48
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	48
.....	48
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.	50

Synthèse

Eléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines, sécurités ;

PRISE EN CHARGE

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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Saint Laurent, situé à Beaumont-sur-Oise, n°FINESS ET 950801449, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 05/10/2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

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

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

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. Sécurités

PRISE EN CHARGE

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 20 Rue Edmond Turcq à Baumont-sur-Oise, la Résidence Saint-Laurent (l'EHPAD) est gérée par le GHT NOVO située 6 Avenue d'Ile de France à Pontoise.

L'EHPAD Saint-Laurent dispose de 78 places en hébergement permanent

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

Selon l'ERRD 2022, le GMP s'élève à 782 et le PMP à 248¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont- au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 59 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
	10%	51 %	20 %	13 %	1 %

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Le budget de fonctionnement est de _____ en 2022, dont _____ au titre de l'hébergement,
€ (dont _____ à la charge du Département) au titre de la dépendance et 2 511 668,49 au titre du soin.

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

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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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. <u>Principales catégories de risques possibles :</u> 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 liés à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	L'EHPAD fait partie des quatre EHPAD du GHT NOVO.		L313-1, 4ème alinéa du CASF

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	<p>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) ?</p> <p>Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ?</p> <p>La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?</p>	<p>L'établissement est autorisé pour 78 places en hébergement permanent.</p> <p>59 résidents présents le jour du contrôle et le taux d'occupation était de 78 % en 2022. Il est inférieur au taux cible qui est de 95%.</p> <p>L'établissement dispose de 57 chambres pour 78 lits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chambres doubles : 21 chambres doubles réparties sur 2 étages ; soit 36,8% • chambres simples : 36 chambres simples réparties sur 2 étages, soit 63,2% 		L313-1 alinéa 4 du CASF L313-4 CASF R314-87 et R314-88-I et -II du CASF D313-15 CASF R 332-1 CASF D312-155-0-1 CASF D312-155-0-2 CASF D312-8 et -9 CASF
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ?</p> <p>La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?</p> <p>(NB)selon moi, c'est une info à faire figurer simplement dans la "présentation" de l'EHPAD</p>	Sans objet, l'établissement n'est pas actuellement sous CPOM.		L313-11 CASF L313-12
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	Sans objet, l'établissement n'a pas de PASA ni d'UHR		Art. D312-155-0-1 Art. D312-155-0-2
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP								
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? <p>Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?</p>	<p>Les 59 résidents accueillis ont une moyenne âge de 81ans, et 36 personnes relèvent d'un régime de protection juridique des majeures.</p> <p>Ils sont répartis plus précisément comme suit :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dépendance</th> <th>GIR 1</th> <th>GIR 2</th> <th>GIR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>10%</td> <td>51 %</td> <td>20 %</td> </tr> </tbody> </table>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3		10%	51 %	20 %		D313-15 du CASF D312-158
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3										
	10%	51 %	20 %										

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0		Management et Stratégie			
1.2.1.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résident ?	Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé et n'est pas affiché dans l'EHPAD.	E01	L311-7 CASF R311-34 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	La version actualisée du règlement de fonctionnement n'a pas été communiquée à la mission d'inspection.	Cf. E01	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement n'est pas actuellement formalisé et actualisé. Il prendra la forme d'un projet d'établissement inter EHPAD commun aux 4 EHPAD du GHT NOVO. La démarche a été présentée aux instances et au CVS de chaque EHPAD.	E02	L311-8 du CASF D311-38 du CASF D312-160 CASF R314-88 1° du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.5	Management et Stratégie	<p>Le projet d'établissement doit contenir les volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 ? * Bientraitance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs 	Cf. 1.2.1.4	Cf. E02	L311-8 du CASF, L315-17 et D312-176-5 CASF D311-38 du CASF R314-88, I, 1° du CASF D312-158, 1° du CASF
1.2.1.6	Management et Stratégie	<p>Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?</p> <p>Ce plan contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité 	<p>Il n'existe pas de « plan bleu » distinct actualisé et adapté à la structure. Il est inclus dans le plan blanc de l'établissement.</p> <p>Le plan blanc contient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques, - les modalités de la continuité d'activité, - les modalités de la reprise d'activité. 	E03	L.311-3 du CASF D312-160 CASF D312-155-4-1
1.2.2.0	Management et Stratégie	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) <p>Principales catégories de risques possibles : Managérial et social</p>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.1	Management et Stratégie	<p>Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ?</p> <p>Existe-t-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ?</p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p>	<p>La directrice de l'établissement a pris ses fonctions en septembre 2017.</p> <p>La directrice appartient au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.</p> <p>Dans ses missions, elle est secondée par une directrice adjointe.</p> <p>L'organigramme n'est pas affiché à l'entrée de l'établissement. Il identifie le positionnement du personnel ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il mentionne les noms et les fonctions.</p> <p>Le directeur dispose d'un document unique de délégation (DUD).</p> <p>En cas d'absence ou d'empêchement du directeur, la continuité des missions est assurée par la directrice adjointe et la cadre supérieure de santé.</p>	Cf. E05	<p>L315-17 et D 312-176-5 CASF L311-8 CASF D312-155-0 du CASF L312-1, II, 4° CASF</p>
1.2.2.2	Management et Stratégie	<p>À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ?</p> <p>Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?</p>	<p>Un temps d'échange hebdomadaire est institué entre les cadres et l'adjointe de direction des structures médico-sociales du site de Beaumont.</p> <p>Sont organisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un CODIR hebdomadaire avec l'équipe de direction de l'hôpital, - Une réunion tous les 15 jours entre l'adjointe et la directrice du secteur médico-social, - une réunion de cadres supérieurs et une réunion des cadres tous les mois, - Un COPIL qualité tous les 2 Mois, - Un COPIL revue des Evènements indésirables (EI) mensuels. <p>Selon les réunions, les participants sont les directeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les cadres supérieurs, - les cadres de santé, - les ingénieurs qualité, 		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			<ul style="list-style-type: none"> - l'équipe opérationnelle d'Hygiène (EOH). <p>Le compte rendu (CR) est rédigé par les secrétariats de direction concernées.</p> <p>Le CR est diffusé aux membres de l'instance par mail.</p>		
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Aucun contentieux n'a été communiqué.		L311-3 3° CASF
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-t'il une modalité de contact en urgence ?	Les relations formelles ont été décrites comme fluides et ne présentent pas de difficultés particulières.		D312-176-5 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.6	Management et Stratégie	<p>Date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>ETP du directeur au sein de l'EHPAD ?</p> <p>Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur?</p> <p>Est-elle cohérente avec les délégations accordées ?</p> <p>Quel est le champ de compétences du directeur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>La directrice du secteur médico-social a pris ses fonctions en septembre 2017. Elle a sous sa responsabilité les 4 EHPAD de l'hôpital Novo (Marines, Pontoise, Magny en Vexin et Beaumont sur Oise).</p> <p>La fiche de poste de la directrice n'a pas été communiquée à la mission le jour de l'inspection.</p>		L315-17 du CASF et D312-176-5 du CASF
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice appartient au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.		D312-176-6 du CASF D312-176-7 CASF
1.2.2.8	Management et Stratégie	<p>Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?</p> <p>Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ?</p> <p>Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?</p>	<p>Il existe des astreintes administratives et techniques.</p> <p>Ces astreintes sont mutualisées avec d'autres établissements.</p> <p>L'administrateur de garde prend les décisions qui s'imposent en dehors des horaires ouverts.</p>		
1.2.2.9	Management et Stratégie	<p>Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ?</p> <p>Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?</p>	La directrice de l'EHPAD était présente le jour de l'inspection, ainsi que la directrice adjointe.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 délégations ont-été formalisées par écrit. La délégation précise l'étendue des documents pouvant être signés par chaque Direction fonctionnelle. Les délégations de signatures sont transmises à l'ensemble des directions ainsi qu'au Trésorier Public.		D312-176-5 CASF R314-88 CASF D315-68 CASF D315-70 CASF D315-71 CASF
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Le directeur a le pouvoir de subdéléguer sa signature.		D315-67 CASF D315-68 CASF D315-69 CASF
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'EHPAD dispose d'une cadre de santé (1 ETP). L'intitulé du diplôme est [redacted] diplôme obtenu en 2006.		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La direction a remis la fiche de poste à l'IDEC. Celle-ci n'est pas signée par les 2 parties.		
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 ?	Le MedCo exerce ses fonctions à hauteur de 0,4 ETP, seuil inférieur à la réglementation. (Le temps de MedCo doit être de 0,60 ETP pour un EHPAD comprenant entre 60 à 99 places) Le MedCo assure des astreintes médicales.	E04	D312-156 du CASF
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 gérontologie validés dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le MedCo a satisfait aux épreuves sanctionnant la capacité de gérontologie [redacted] Il a obtenu ces diplômes en 2001.		D312-157 CASF et D312-159-1 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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	<p>Une fiche de poste/mission de médecin coordonnateur a été établi et présenté aux équipes. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD est un praticien hospitalier (PH) à temps complet nommée sur le CHRD de Pontoise. L'exercice actuel du PH est partagé entre deux sites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EHPAD de Pontoise 0.60 ETP, - EHPAD de Beaumont 0.4 ETP. <p>Le praticien hospitalier a un contrat faisant état d'un exercice sur plusieurs sites de l'hôpital Novo.</p>		D312-159-1 CASF R313-30-1 CASF L314-12 CASF
1.2.3.0	Management et Stratégie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 évènement indésirable ou une crise <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social – Média</p>			
1.2.3.5	Management et Stratégie	<p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA 	<p>Les documents suivants n'étaient pas affichés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'arrêté du CD, - L'organigramme de l'établissement, - Le règlement de fonctionnement, - Le PV du dernier CVS, - La composition du CVS, - Le PV des commissions de restauration, - Les résultats de la dernière enquête de satisfaction. <p>Le numéro 3977/ALMA n'est pas affiché de manière suffisamment visible.</p>	E05 R01	L. 311-4 CASF R.311-34 CASF

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	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes</p>			
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	<p>Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ?</p> <p>La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ?</p> <p>Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ?</p> <p>Qui établit les ordres du jour ? et modalités de communications ?</p> <p>Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?</p> <p>Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?</p>	<p>L'établissement dispose d'un CVS.</p> <p>Les élections ont eu lieu le :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jeudi 30 mars 2023 pour les résidents, - vendredi 30 juin 2023 pour les familles, l'entourage et mandataires judiciaires. <p>Pour le personnel, le processus électoral est prévu en novembre.</p> <p>Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé.</p> <p>Les ordres du jour sont établis par l'animatrice sous couvert de la direction. Ils comprennent une rubrique relative à l'expression des résidents et des familles, permettant de prendre en compte leurs aspirations. Les membres du CVS sont systématiquement consultés en amont de l'établissement de l'ordre du jour qui est adressé 15 jours avant aux membres du CVS.</p> <p>Le CVS s'est réuni deux fois en 2021 et en 2022. En 2023, il s'est réuni une fois et une autre réunion est prévue dans l'année.</p> <p>Les comptes rendus sont rédigés par le secrétariat de l'EHPAD ou la cadre de santé.</p>		D311-4 CASF D311-5 CASF D311-6 CASF D311-8 CASF D311-9 CASF D311-12 et -13 CASF D311-15 CASF D311-16 CASF D311-20 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	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 ?	Le CVS est informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre.		R331-10 CASF

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP	
1.4.0.0	Gestion de la qualité					
1.4.1.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes				
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quels domaines ? 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 ?	Une cadre de santé a été désignée en tant que référente. Elle est IDE de profession. Celle-ci est connue des autres professionnels. Il existe un responsable qualité au sein de l'hôpital NOVO et ce dernier est formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité.		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 ?	Il existe un plan d'amélioration continue de la qualité qui fait l'objet d'un suivi en COPIL qualité, qui se tient à l'échelle du GHT. La composition du COPIL comprend : le directeur qualité, les responsables qualité, les cadres supérieurs et cadres de santé, tout professionnel ressource en lien avec l'élaboration de l'ordre du jour. Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé.	L312-8 CASF
1.4.2.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique		
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise 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)	L'EHPAD Saint Laurent a reçu le 7 novembre 2016 son renouvellement d'autorisation pour une période de 15 ans à compter du 3 janvier 2017.	L312-8 du CASF D312-204 R314-88 CASF D312-200 CASF D312-203 CASF
1.4.3.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Managérial		

1.4.3.1	Gestion de la qualité	<p>Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA, ...) sont-ils affichés ?</p> <p>Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?</p>	<p>Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance sont affichés, mais pas de manière suffisamment lisible.</p> <p>Le livret d'accueil fait explicitement référence à la charte des droits à la liberté des personnes accueillies.</p>	Cf. R01	L119-1 CASF L311-3, 1° CASF HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.2	Gestion de la qualité	<p>Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels <p>Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?</p>	<p>Les éléments recueillis par la mission n'ont pas permis de déceler des situations de violences ou harcèlements sexuels au sein de l'établissement.</p>		Art. 434-3 L 331-8-1 CASF Art. 226-14
1.4.3.3	Gestion de la qualité	<p>Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ?</p> <p>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 ?</p>	<p>Une procédure de signalement existe, elle est similaire à celle relative au EIG.</p>		L119-1 CASF L.331-8-1 CASF R331-8 CASF Art434-3 L313-24 CASF

Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables				
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables				
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	<p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? <p>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? 	<p>Les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font l'objet d'une réponse systématique. Un accusé de réception de la réclamation est effectué.</p> <p>Une réponse est envoyée au déclarant pour lui faire part des modalités de prise en compte des griefs soulevés dans son courrier initial.</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Les professionnels de santé ayant constaté un évènement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ?</p> <p>Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p> <p>Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des évènements indésirables ?</p>	<p>Une procédure pour déclarer un évènement indésirable existe.</p> <p>L'appropriation de la procédure par les équipes demeure perfectible.</p>	R02	<p>L313-24 CASF 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</p>
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ?</p> <p>Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ?</p> <p>Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Des retours sont-ils faits aux déclarants ?</p>	<p>Les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI font l'objet d'une approche pluridisciplinaire. Elles sont abordées au sein des équipes.</p> <p>Concernant le suivi des déclarations des EI : A la fin du traitement de chaque fiche, un mail est envoyé automatiquement aux déclarants disposant d'une adresse mail. Pour ceux qui ne disposent pas d'adresse mail, la consultation de la fiche déclarée et des suites données est possible sur [redacted]</p> <p>Toutes les actions d'améliorations sont communiquées à tous les professionnels concernés du service.</p> <p>Concernant l'analyse des EIG : Tous les 15 jours lors de la commission d'analyse des évènements indésirables graves (CAEIG) l'ensemble des EIG et EIAs sont discutés et analysés de manière collective et multi professionnelle.</p> <p>Concernant le retour fait aux déclarants : Un courrier est rédigé à l'attention du déclarant pour l'éclairer sur le traitement des griefs qu'il a soulevé ; les réclamations sont déclarées dans le rapport annuel de la CDU à l'ARS. La commission d'analyse des évènements indésirables graves</p>		<p>L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF R.331-10 CASF R1413-67 à 73 CSP R 1413-79 CSP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			étudie également tous les EIG et FEI avec le service des relations aux usagers.		
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS - CD - Procureur de la République <p>Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?</p>	Le signalement des faits ne fait pas l'objet d'une transmission systématique au Conseil départemental.	E06	L331-8-1, R331-8, R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 R1413-67 à 70 CSP L1413-14 et R1413-79 CSP Article 40 Code de procédure pénale

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0		Gestion des ressources humaines			
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaitre l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial – Social			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ?</p> <p>Comment se répartissent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quantité 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 <p>- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ?</p> <p>Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?</p>	<p>Le jour de l'inspection étaient présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 directrice - 1 directrice adjointe - 1 MedCo - 2 IDE - 7 AS - 6 agents hôteliers - 1 EAS - 1 psychologue - 1 secrétaire <p>Les personnels sont titulaires de la fonction publique hospitalière, un ASH et une AS sont en CDD.</p> <p>Absence de faisant-fonction d'AS.</p> <p>Absence de CPOM.</p>		D312-155-0 du CASF L.311-3 1 ^o CASF L311-3 3 ^o L311-8 CASF
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p> <p>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p>	<p>Les différents types de contrats sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 44 titulaires - 4 CDI - 6 CDD - 1 étudiant aide-soignant <p>Il n'y a pas de recours en proportion importante aux CDD ou en intérim.</p>		Article L. 1242-2 Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	La proportion de rotation du personnel et le taux d'absentéisme n'ont pas été communiqués à la mission.		L.311-3 1° CASF L311-3 3°
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	Le B2 n'était pas présent dans l'ensemble des dossiers consultés. Les fiches de postes signées n'étaient pas systématiquement présentes dans l'ensemble des dossiers consultés.	E07	L133-6 CASF Articles L. 1242-1 et L. 1248 L451-1 CASF D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 R. 4311-3 et -4 CSP
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...) ?	Parmi les professionnels externes, l'établissement compte une coiffeuse libérale. Une convention définissant les conditions de mise en place d'une prestation de coiffure libérale a été fournie à la mission. Concernant les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre, la direction a indiqué qu'elle était en possession des diplômes requis. Ces justificatifs font partie des pièces obligatoires conditionnant le recrutement. Une campagne de régularisation a été initiée en 2022 auprès des personnels présents de longue date.		Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4 ^e alinéa CASF L.4391-1 du CSP D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial - Social</p>			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	<p>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 en EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?</p> <p>Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?</p> <p>Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ?</p> <p>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 ?</p>	<p>Un plan de formation des professionnels actualisé a été communiqué à la mission.</p> <p>Les professionnels ont accès à des formations externes sur les thématiques et procédures de soins en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaies et cicatrisation - L'équilibre alimentaire - Alimentation des seniors - La bienveillance de soi et de l'autre - Les troubles psychiatriques de la personne vieillissante <p>Et à des formations diplômantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aromathérapie scientifique médicale - DU Plaies et cicatrisation <p>Tous les professionnels ont accès aux actions de formation. En 2022, 3 IDEC, 7 IDE, 35 AS et 2 autres professionnels ont suivi des formations.</p> <p>Le médecin coordonnateur contribue à la mise en œuvre de la politique de formation.</p> <p>La promotion de la bientraitance est abordée en groupe de travail et lors des réunions d'équipe.</p>		<p>L313-12-3 CASF (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 HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ?</p> <p>Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ?</p> <p>Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?</p>	<p>La direction indique que la question de la mobilité interne des agents est abordée dans les entretiens annuels d'évaluation.</p> <p>Les agents sont informés de la procédure d'inscription à la VAE, par l'intermédiaire de la cadre. La procédure est disponible sur l'intranet et fait l'objet d'une note annuelle de la DRH précisant les modalités d'inscription. Le candidat doit se rapprocher du responsable de la formation continue, et chaque agent est informé du délai d'envoi du dossier de candidature.</p> <p>Une formation relative à l'intégration du protocole VAE est prévue en 2024.</p> <p>Les ASH en VAE ont tous un tuteur.</p>		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ?</p> <p>Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?</p>	<p>Il n'existe pas de protocole formalisé d'accueil des nouveaux professionnels.</p> <p>Lors de leur prise de poste, les nouveaux arrivants travaillent en binôme pendant au moins une semaine avec un titulaire.</p>	R03	<p>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 »)</p>
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social</p>			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? <p>Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?</p>	L'établissement indique que hors temps de transmission, il existe un temps d'évaluation annuel et des temps de réunions autour des pratiques professionnelles. Si l'équipe le souhaite elle peut déclencher la procédure de soutien des équipes ou faire appel au psychologue du travail.		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes</p>			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	<p>Les plannings sont-ils faits en avance ?</p> <p>Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ?</p> <p>La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ?</p> <p>Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?</p>	L'établissement indique que les plannings sont faits en avance, ils sont transmis aux équipes le 15 du mois précédent.		
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	<p>Comment est organisée la planification des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? <p>Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?</p> <p>Sont-ils conformes aux plannings établis ?</p>	<p>L'encadrement applique la charte du temps de travail pour éditer un planning tous les 15 du mois précédent.</p> <p>Le planning prend en compte le temps de repos entre 2 prises de postes d'une amplitude de 12h.</p> <p>Des agents sont en 7h30 et d'autres en 12h</p> <p>Le jour de la mission, les salariés étaient au nombre de 18.</p> <p>Ils sont conformes aux plannings établis.</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Le personnel intervenant la nuit ou le week-end sont des IDE et AS.		
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'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte ?	Les personnels disposent de fiches de poste adaptées.		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Absence de glissement de tâches entre les catégories de personnels.		L451-1 du CASF L.4391-1 du CSP D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES R4311-1 CSP D312-155, 2 ^e CASF L311-3, 1 ^o CASF
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 ?	Pour pallier aux absences sur des postes vacants de professionnels, l'établissement a recours à des vacataires ou des CDD. Pour pallier aux absences inopinées, l'établissement a recours à la plateforme De plus, il y a une possibilité de recourir à des personnels de l'hôpital de Beaumont en cas de besoin.		

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 a constaté l'installation des barres d'appui dans les espaces de circulation.		L311-3 1° CASF Art. D312-155-0, I, 2°
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...) ?	La mission n'a pas constaté d'installation de système anti-fugues. Seul un interphone est positionné à l'entrée de l'établissement.		L311-3 1° CASF
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 constaté la présence d'appel-malade dans les chambres et les salles de bains mais pas dans les lieux communs. Les résidents n'en portent pas. Leur utilisation est caractérisée par un signal visuel. Un test du système d'appel a été réalisé par la mission. Un personnel s'est rendu dans la chambre en moins d'une minute.		L313-4 CASF L311-3 CASF 1° Art. D312-155-0, I, 2°

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0		Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie			
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes - Maltraitance</p>			
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...)</p> <p>Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ?</p> <p>Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?</p> <p>Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ?</p> <p>Existe-t-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?</p>	<p>L'établissement indique que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hôpital est à l'origine de 79% des demandes d'admission en 2022, - le dossier unique d'admission est utilisé, ainsi que le dispositif VIA-TRAJECTOIRE, - une commission d'admission composée de la directrice adjointe, du médecin coordonnateur, de la cadre supérieure et de la secrétaire, se réunit afin d'examiner les demandes et décider des admissions. - une visite de préadmission est organisée avec la coordinatrice des animatrices et/ou la cadre de santé et/ou la psychologue, pendant laquelle la personne rencontre le médecin. Lors de cette visite, sont présentés au résident ses référents de chambre. Une visite de l'établissement est organisée. - les motifs de refus d'admission concernent les personnes présentant un risque de fugue, 		<p>R. 311-33 à -37 CASF D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- en cas de refus, l'agent de la gestion administrative prend contact avec les familles des personnes concernées pour signifier le refus.		
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que les documents prévus par les textes existent et sont appliqués (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) - Vérifier que les différentes procédures applicables tout au long du séjour sont effectives <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance</p>			
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la qualité des prestations offertes par la structure notamment : - Vérifier l'existence du projet d'accueil et d'accompagnement - Vérifier que les modalités d'accompagnement tout au long du séjour respectent le projet d'accueil et d'accompagnement - S'assurer que l'accompagnement proposé prend en compte la famille et l'entourage et qu'un référent a été identifié au sein de la structure <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Maltraitance</p>			
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Y a t-il un référent « PAI » par résident ?</p> <p>Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ?</p> <p>Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ?</p> <p>Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?</p>	<p>La psychologue, responsable de la mise à jour des « PAI », indique qu'il existe un référent par résident.</p> <p>L'élaboration du « PAI » se fait en équipe pluridisciplinaire, le résident participe à la fin de la réunion s'il souhaite. La rédaction se fait par la secrétaire de l'EHPAD. La synthèse est présentée au résident, à la famille, au tuteur le cas échéant, en présence de la directrice, le cadre de santé et le référent. La coordinatrice du PAI et le cadre de santé suivent et évaluent l'ensemble des PAI.</p> <p>L'établissement indique que la mise à jour se fait au minimum une fois par an. Ce délai peut être réduit en cas de perte d'autonomie.</p>		L311-3 2°CASF L311-3 3° CASF L311-3 7° CASF R4312-14 D312.155.0 3° HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les dossiers des résidents n'ont pas été portés à la connaissance de la mission d'inspection. Par ailleurs, l'établissement a communiqué un tableau de suivi des PAI qui identifie des projets non actualisés pour l'année 2023.	R04 R05	
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?	Il existe différents temps de partage d'information entre les équipes : Les réunions de staff, la commission d'admission, les réunions « PAI », et les temps de transmission.		
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	L'EHPAD indique qu'aucun médecin de ville n'intervient dans l'établissement. C'est le médecin coordonnateur (0,4 ETP) qui exerce une mission de médecin traitant auprès des résidents. Le temps dédié à la fonction de médecin traitant est de 0,2 ETP soit la moitié du temps de présence du MedCo au sein de l'EHPAD.	Cf.E04	D313-30-1 CASF L314-12 du CASF D312-158 2° CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Les temps de transmissions interéquipes sont-ils planifiés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) <p>Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?</p>	L'établissement indique qu'il existe des temps de transmissions inter équipes. Toutefois, il n'existe pas de procédure formalisée définissant les modalités de transmission.	R06	L. 311-3 4° CASF R4311-1 CSP R4311-2 CSP

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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge <u>Principales catégories de risques possibles :</u> 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 ?	L'établissement ne dispose pas de salon pour recevoir les familles. Il dispose de deux petites zones en bout de couloir qui ne sont pas de nature à favoriser les échanges en toute intimité et convivialité. La mission n'a pas pu constater l'existence d'un cahier de plaintes et réclamations mis à disposition des intéressés facilitant leur expression.	R07 R08	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est affichée dans l'espace d'affichage et annexée au livret d'accueil.		L311-4 CASF
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	L'établissement a mentionné qu'une information relative à la désignation d'une personne de confiance est donnée lors de la visite de préadmission et de l'admission. La mission d'inspection n'a pas pu consulter les dossiers administratifs des résidents sur place et vérifier la désignation d'une personne de confiance.	Cf. E07	L311-4, 6 ^e alinéa CASF L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes : Maltraitance			R311-0-5 à 9 CASF R311-37-1 CASF
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique : Maltraitance			
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	La mission d'inspection a noté que l'établissement ne possède pas de coffre-fort et qu'il préconise aux résidents l'utilisation de la carte bleue. Le contrat de séjour définit la procédure de protection des biens personnels.		L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	<p>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 créativités, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?</p> <p>Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités alzheimer (UVP, ...)</p>	<p>Il existe un pôle animation composé d'une coordonnatrice et deux autres agents chargés de coordonner les animations sur 2 structures : l'EHPAD Saint Laurent et une MAS de l'hôpital NOVO.</p> <p>Les entretiens menés dans le cadre de l'inspection ont mis en évidence l'absence d'activités extérieures, ainsi que les animations pendant les week-ends et les jours fériés.</p> <p>La mission n'a pas pu constater la réalisation des activités prévues le jour de l'inspection.</p> <p>La mission a constaté une discordance entre les plannings hebdomadaires prévus et les activités mises en œuvre et l'absence de lieu dédié et identifié pour l'animation.</p>	E08 R09 R10 R11	L311-3 3° CASF D312-159-2 Annexe 2-3-1 V CASF
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... ?	Le projet d'établissement est en cours d'élaboration au même titre que le projet d'animation qui y sera intégré.	Cf. E02	

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0		Vie quotidienne - Hébergement			D312-159-2 CASF
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			D312-159-2 CASF
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	Les chambres visitées par la mission comprennent : - une salle de bain adaptée PMR, - un lit voire 2 lits médicalisés (en chambre double), - au moins un placard et des espaces de rangement, - présence de quelques décorations personnelles, - possibilité d'accueil d'un membre de la famille mais espace réduit surtout en chambre double.		L311-7-1 Annexe 2-3-1 II CASF
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			D312-159-2 CASF
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	L'établissement a fourni à la mission d'inspection l'enquête de satisfaction qui date de 2022. Il a été indiqué à la mission l'existence d'une commission de menu composée de diététiciennes, cuisiniers et soignants. L'établissement a transmis à la mission le compte-rendu de celle de 2019. Les comptes-rendus des CVS du 27/01/2022 et 28/03/2023 soulèvent des insatisfactions par rapport à la diversité, la quantité et la qualité des menus ainsi que le non-respect des aversions alimentaires des résidents.	R12 R13	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les entretiens réalisés par la mission ont fait remonter la mise en place de restriction au niveau des quantités fournies aux résidents, ainsi que le manque de variété des menus.		
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	L'établissement indique que les résidents peuvent demander un plat de substitution.		
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Existe t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ?	L'établissement indique que le recensement des régimes et textures est réalisé oralement mais aussi par écrit et journalièrement. Le suivi quant à lui est fait par les diététiciennes et les soignants. La traçabilité est effectuée via l'application La mission d'inspection a pu observer la traçabilité écrite du suivi journalier des régimes.		L311-3 3° CASF
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les horaires des repas et des collations communiqués par l'établissement sont les suivants : Petit-déjeuner : 08h, déjeuner : 12h-13h15, goûter : 15h30-16h30, dîner : 18h30-19h45 Collations : 10h, 21h (en fonction du profil du résident.)		D312-159-2 Annexe 2-3-1 III 2° CASF RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?	L'établissement indique que les toilettes se font tous les jours et selon les besoins du résident. Il existe un planning prévisionnel et une traçabilité. Cependant, la mission n'a pas eu accès à ce dit planning.	R14	L311-3, 1° CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ?</p> <p>Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?</p> <p>Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?</p>	<p>L'établissement indique que les changes se font tous les jours, à 3 reprises et plus en fonction des besoins du résident. L'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande. Les commandes de changes sont basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents.</p> <p>En l'absence de la cadre de santé, le jour de l'inspection, la mission n'a pas pu vérifier ces affirmations.</p>		

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Les personnes rencontrées par la mission se répartissent ainsi :

Nombre	Fonction
1	Directrice
1	Responsable hôtelier
1	L'époux d'une résidente
1	Coordo. Animation
1	Gériatre PG
1	DA SMS
1	Infirmière
2	AS
1	Psychologue

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Nature de l'écart	Textes de référence	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
E01	Absence de règlement de fonctionnement actualisé au sein de l'établissement	L311-7 CASF R311-34 CASF	1.2.1.1	10
E02	Absence de projet d'établissement formalisé et actualisé	L311-8 du CASF D311-38 du CASF D312-160 CASF R314-88 1° du CASF	1.2.1.4	11
E03	Absence de plan bleu	L.311-3 du CASF D312-160 CASF D312-155-4-1	1.2.1.6	12
E04	Insuffisance de la quotité du temps de travail du MedCo au regard du seuil réglementaire, d'autant plus que le MedCo assure également les fonctions de médecin traitant.	D312-156 du CASF D313-30-1 CASF L314-12 du CASF D312-158 2°CASF	1.2.2.14 3.1.4.5	16 35
E05	Affichage incomplet	L. 311-4 CASF R.311-34 CASF	1.2.3.5	17
E06	Absence de déclaration systématique des EIG au Conseil départemental.	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 R1413-67 à 70 CSP L1413-14 et R1413-79 CSP Article 40 Code de procédure pénale	1.5.1.6	24
E07	Incomplétude des dossiers administratifs des personnels	L133-6 CASF Articles L. 1242-1 et L. 1248 L451-1 CASF D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 R. 4311-3 et -4 CSP	2.1.1.7	27
E08	Absence des activités extérieures conformes aux prestations socles.	L311-3 3° CASF D312-159-2 Annexe 2-3-1 V CASF	3.3.2.1	38

Remarques

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R01	Affichage du numéro 3977/ALMA insuffisamment visible.		1.2.3.5	17
R02	Appropriation par les personnels de la procédure de déclaration des EI et EIG largement perfectible.	RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008	1.5.1.3	23
R03	Absence de protocole d'accueil des nouveaux professionnels.	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 »)	2.1.2.5	29
R04	La totalité des PAI n'a pas été actualisée.		3.1.3.3	35
R05	Absence des dossiers administratifs des résidents dans l'enceinte de l'établissement ne permettant pas de consulter les PAI.		3.1.3.3	35
R06	Absence de procédure formalisée définissant les modalités de transmission notamment entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit des soignants et les agents de service hôtelier.		3.1.4.7	36
R07	Inadaptation des espaces pour recevoir les familles en toute intimité et convivialité.		3.2.1.1	36
R08	Absence d'un cahier de plaintes et réclamations mis à disposition des intéressés.		3.2.1.1	36
R09	Absence d'animation pendant les week-ends et les jours fériés.		3.3.2.1	38
R10	Discordance entre les plannings hebdomadaires prévus et les activités mises en œuvre.		3.3.2.1	38
R11	Absence de lieu dédié et identifié pour l'animation.		3.3.2.1	38

R12	Absence de modalités claires et définies de la mise en œuvre des commissions de menus.		3.4.3.2	39
R13	Insatisfaction des résidents par rapport à la diversité, la quantité et la qualité des menus ainsi que le non-respect des aversions alimentaires selon les comptes-rendus des CVS du 27/01/2022 et 28/03/2023.		3.4.3.2	39
R14	Les plannings des toilettes et leur traçabilité ne sont pas accessibles en l'absence de la cadre supérieure.		3.4.4.1	40

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD St Laurent Hôpital NOVO – Site de Beaumont-sur-Oise a été réalisée en visite inopinée, sur site le jeudi 5 octobre 2023. Elle a mis en évidence une situation contrastée au sein de l'établissement.

Dans l'ensemble, le fonctionnement de l'établissement et le niveau général des prestations sont apparus satisfaisants.

En effet, il convient de noter l'implication et l'engagement du personnel dans la prise en charge et l'accompagnement des résidents.

Toutefois, des fragilités ont été repérées. Le bâti est vieillissant et peu attractif, les espaces dédiés à l'accueil des familles ne favorisent pas la convivialité et l'intimité. L'absence de projet d'établissement ne facilite pas la mobilisation des personnels autour des objectifs clairement identifiés. De plus, un défaut de formalisme a été constaté notamment concernant les affichages des documents obligatoires et la complétude des dossiers administratifs. Enfin, en dépit de l'implication de l'équipe d'animation, un renforcement de cette prestation et une ouverture sur l'extérieur s'avèrent nécessaires.

Cergy, le

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
EII/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « Hazard Analysis Critical Control Point »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes :

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale
du Val d'Oise

Cergy, le 21 SEP. 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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 « Saint Laurent » et situé à Beaumont Sur Oise (FINESS n° 950801449) 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 : conformité aux conditions de l'autorisation, management et stratégie, animation et fonctionnement des instances, gestion de la qualité, gestion des risques, des crises et des événements indésirables ;
- Prise en charge : gestion des ressources humaines, sécurité ;
- Prise en charge : organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie, 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 et le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) sera composée :

- o Pour sa composante ARS :
- o
- o

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

- o Pour sa composante Conseil départemental du Val d'Oise :
 - o
 - o
 - o

L'inspection aura lieu sur site le 5 octobre 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, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront. L'inspection comprendra un contrôle sur site et sur place. 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 accédera 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 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 nécessaire à leur contrôle. Ils peuvent exiger la communication d'informations sur autre 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'exploitation et l'interprétation de ces données. 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 médecins peuvent faire tout examen médical individuel nécessaire à l'accomplissement de leurs missions dans les limites prévues par l'article 226-13 du code pénal ».

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

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

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

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

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

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

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

- Ars-dd95-inspections@ars.sante.fr – via le lien Bluefiles transmis par mail
- domspa@valdoise.fr
- [domsqualité@valdoise.fr](mailto:domsqualite@valdoise.fr)

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