

Délégation départementale du Val d'Oise

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Hôpital NOVO (Nord-Ouest Val-d'Oise) - site de Magny-en-Vexin 38 Rue Carnot, 95420 Magny-en-Vexin N° FINESS 950 801 597	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2023_IDF_00154 Contrôle sur place le 03/07/2023	
<u>Mission conduite par :</u> -	
<u>Accompagnée par :</u> - -	
<u>Textes de référence</u>	- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique - Article L.1435-7 du Code de la santé publique - Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats	7
Gouvernance	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances.....	18
Gestion de la qualité	19
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support.....	24
Gestion des ressources humaines.....	24
Les personnes rencontrées par la mission se repartissent ainsi :.....	30
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	31
Écarts	31
Remarques	31
Conclusion.....	32
Glossaire	33
Annexes	34
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	34
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	36

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné.

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

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 l'EHPAD Hôpital NOVO de Magny-en-Vexin, situé à Magny en Vexin, n°FINESS ET 950 801 597, 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 restants 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 03 juillet 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

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

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines

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 38 Rue Carnot, 95420 Magny-en-Vexin, l'EHPAD Hôpital NOVO de Magny-en-Vexin est géré par l'Hôpital NOVO de Pontoise situé au 6, Avenue de l'Île-de-France 95300 Pontoise.

L'EHPAD est autorisé, au jour de la visite, pour 108 places en hébergement permanent. Il comprend 10 places en accueil de jour et est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il dispose dans les autorisations de 105 places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon l'ERRD 2022, le GMP s'élève à 752 et le PMP à 249¹.

Les 75 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

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.

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

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2023	14.66%	40.00%	26.67%	16.00%	2.67%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget au titre du soin en 2023 est de

Constats

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

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

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0			Conformité aux conditions d'autorisation		
1.1.1.0			Conformité aux conditions d'autorisation		
		Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG)	L'EHPAD est géré par l'hôpital NOVO de Pontoise.		Art.L313-1, 4ème alinéa du CASF
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95%	L'établissement est conforme aux conditions de l'autorisation il est composé de deux bâtiments organisés de la manière suivante : - Un bâtiment « Les Mimosas » organisés sur deux niveaux (1^{er} et 2^{ème} étage) desservis par un seul ascenseur. - Le rez de chaussée de ce bâtiment accueille une grande salle d'activité. - Un bâtiment « Les Campanules » organisés sur trois niveaux (rez-de-chaussée, 1^{er} et 2^{ème} étage). Il est autorisé pour 108 places en hébergement permanent.		Art.L313-1 alinéa 4 du CASF Art.L313-4 CASF Art.R314-87 et R314-88-I et -II du CASF Art.D313-15 CASF & art.R 332-1 CASF Art.D312-155-0-1 CASF Art.D312-155-0-2 CASF Art.D312-8 et -9 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les locaux sont répartis comme suit : Les Mimosas : - 1^{er} étage : 15 chambres simples et 5 chambres doubles, postes de soins, une salle à manger, un salon - 2^{ème} étage : 10 chambres simples et 7 chambres doubles, des postes de soins, les bureaux des personnels soignants, une salle à manger, un salon. Les Campanules : - 1^{er} étage : 10 chambres simples et 4 chambres doubles - 2^{ème} étage : 10 chambres simples et 4 chambres doubles L'intimité dans la chambre double est préservée par la mise en place d'un rideau. La mission n'a pas pu consulter la totalité du registre des entrées et des sorties, seulement les entrées et sorties entre 2022 et 2023. Le taux d'occupation d'hébergement permanent est de L'établissement n'est pas sous CPOM.		
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ? (NB) selon moi, c'est une info à faire figurer simplement dans la "présentation" de l'EHPAD <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			Art.L313-11 CASF (CPOM) Art.L313-12 (contenu CPOM)
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation				

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	Le jour de l'inspection, 75 résidents étaient présents selon la répartition suivante : GIR 1 : 14.66% GIR 2 : 40% GIR 3 : 26.67% GIR 4 : 16% GIR 5 et 6 : 2.67% La moyenne d'âge des résidents étaient de 75 ans dans le bâtiment Les Campanules et 83 ans dans le bâtiment Les Mimosas. 47 personnes majeures relèvent d'un régime de protection juridique.		Art.D313-15 du CASF Art.D312-158, 2° 6° du CASF

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie				
1.2.1.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, projet de service...) <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 résidents ?	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement.	Cf. E01	Art.L311-7 CASF Art.R311-34 CASF
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le document est conforme à la réglementation en vigueur. Le règlement de fonctionnement fourni à la mission a été approuvé par le CVS du 19 juin 2015 et n'a pas fait l'objet d'une actualisation- depuis. Les modalités d'association des familles n'apparaissent pas clairement.	E01	Art.R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Selon les indications de la directrice, l'établissement ne dispose pas de projet d'établissement à jour. La mission n'a pas pu consulter ce document sur place.	E02	Art.L311-8 du CASF Art.D311-38 du CASF Art.D312-160 CASF Art.R314-88 1° du CASF
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicalemente élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour (cf. supra 1.2.1.4) La mission n'a pas eu accès aux documents relatifs aux projets de vie des résidents.		Art.L311-8 du CASF Art.L315-17 et D312-176-5 CASF (privé) Art.D311-38 du CASF Art.R314-88, I, 1° du CASF Art.D312-158, 1° du CASF
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission un plan bleu actualisé et adapté à l'établissement.	E03	Art.L.311-3 du CASF Art.D312-160 CASF Art.D312-155-4-1 Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005,

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	La directrice de l'établissement a pris ses fonctions en septembre 2017. Dans ses missions, elle est secondée par une cadre supérieure. La cadre supérieure est elle-même secondée par deux cadres (une cadre par bâtiment). L'organigramme est 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 Le directeur dispose d'un document unique de délégation (DUD). En cas d'absence ou d'empêchement du directeur, la continuité des missions est assurée par la cadre supérieure. Mensuellement, ont été mis en place : - Une réunion des cadres - Une réunion entre les cadres supérieurs		Art.L315-17 et D 312-176-5 Art.L311-8 CASF Art.D312-155-0 du CASF (Art.L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Point tous les 15 jours entre la cadre supérieure et la Directrice du secteur médico-social Un CODIR hebdomadaire a lieu au niveau de l'équipe de Direction de l'hôpital Temps d'échange hebdomadaire entre les cadres et la cadre supérieure des structures médico-sociales du Vexin ;		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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...	La mission n'a relevé aucun signe attestant d'un conflit entre la direction de l'établissement et son personnel. Selon la direction, le climat social est apaisé. Le fonctionnement de l'établissement et la proximité de la direction favorise cette situation. Les effectifs du personnel apparaissent stables. La proportion de rotation du personnel et le taux d'absentéisme n'ont pas été communiqués à la mission. Le tableau des effectifs fait apparaître un effectif stable avec le recours à des personnes effectuant régulièrement des remplacements au sein de l'établissement.		Art.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-il une modalité de contact en urgence ?	L'établissement est régulièrement en contact avec l'organisme gestionnaire puisque la directrice est « directrice du secteur médico-social » de l'Hôpital Novo. Par ailleurs, certains dossiers sont gérés et centralisés à l'Hôpital Novo de Pontoise (les ressources humaines par exemple).		Art.D312-176-5 CASF
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	Cf. supra point 1.2.2.1		Art.L315-17 du CASF et D312-176-5 du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	Oui (cf. point 1.2.2.1)		Art.D312-176-6 du CASF Art.D312-176-7 CASF Art.D312-176-10
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Les astreintes sont organisées en lien avec l'Hôpital. Un administrateur de garde prend les astreintes chaque semaine.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J , la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La mission s'est présentée devant l'établissement à 9h00 et a été accueillie par une des cadres de la structure. La cadre supérieure et la directrice sont arrivées rapidement. La seconde cadre était absente le jour de l'inspection. En cas d'absence du directeur, son remplacement est formalisé et connu des équipes.		
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'Etablissement ?	Les DUD ont été formalisées par écrit. Elles attestent de la continuité de l'activité de l'établissement.		Art.D312-176-5 CASF Art.R314-88 CASF Art.D315-68 Art.D315-70 CASF Art.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 DUD offre cette possibilité pour la signature de tous les actes de gestion courantes qui entrent dans le champ de compétence de la Direction du secteur médico-social.		Art.D315-67 CASF Art.D315-68 CASF Art.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'établissement a mentionné l'IDEC.		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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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 mission n'a pas eu accès aux dossiers des personnels.		
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	L'établissement dispose d'un médecin faisant fonction de médecin coordonnateur. Le médecin exerce en qualité d'attaché associé à temps plein, à hauteur de 0.6 ETP.		Art.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 gériatrie validés dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le médecin faisant fonction de médecin coordonnateur est en formation dans la perspective d'obtenir un dispensé par	E04	Art.D312-157 CASF et D312-159-1 CASF
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	Oui		Art.D312-159-1 CASF Art.R313-30-1 CASF Art.L314-12 CASF
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Etablissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social - Médialique			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	L'ensemble des documents obligatoires n'est pas affiché à l'entrée des deux bâtiments de l'établissement, il manquait : ☐ règlement de fonctionnement ☐ la composition du CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil)	E05	Art.L. 311-4 CASF Art.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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			Art.D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque années ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	L'établissement dispose d'un CVS qui se réunit trois fois par an pour débattre des activités et de la vie de l'EHPAD ainsi que des orientations impactant la qualité de vie des résidents et de leurs familles. Le dernier CVS s'est tenu le 28 juin 2023. Date des dernières élections : juin 2019 Le règlement de fonctionnement a été approuvé par le CVS le 19 juin 2015. Les ordres du jour sont établis par la Direction en tenant compte des points que les usagers souhaitent évoquer. Les membres du CVS sont systématiquement consultés en amont. L'ordre du jour est communiqué 15 jours avant. La composition du CVS est conforme à la réglementation. Le secrétariat de l'EHPAD a la charge de la rédaction des compte rendus.		Art.D311-4 CASF Art.D311-5 CASF Art.D311-6 CASF Art.D311-8 CASF Art.D311-9 CASF Art.D311-12 et -13 CASF Art.D311-15 CASF Art.D311-16 CASF Art.D311-20 CASF
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informés des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	D'après les éléments fournis, l'établissement indique que Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ainsi que des actions correctrices mises en œuvre.	E06	Art.R331-10 CASF

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0			Gestion de la qualité		
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	Trois référents ont été désignés (2 cadres de santé et 1 AS) et sont connus 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 à l'échelle du GH. Il est réuni tous les deux mois. Ce COPIL est composé du directeur qualité, des responsables qualité, des cadres supérieurs et des cadres de santé, ainsi que 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.		Art.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)	La dernière évaluation externe a été réalisée en septembre 2015 et transmise à l'autorité en octobre 2015. Le renouvellement d'autorisation, pour 15 ans, est daté du 3 janvier 2017.		Art.L312-8 du CASF Art.D312-204 Art.R314-88 CASF Art.D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) Art.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	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	La politique de la bientraitance se traduit par différentes modalités et indicateurs (PAP, formation, affichage, sensibilisation, environnement, procédures) L'établissement a transmis à la mission une liste des événements indésirables qui se sont produits entre 2021 et juin 2023.		Art.L119-1 CASF Art.L311-3, 1° CASF HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'état et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?	Les situations de violences sont déclarées sur un logiciel Ce logiciel permet de déclarer les EI/EIG et leur suivi.		Art. 40 du code de procédure pénale Art. 434-3 du code pénal Art.L 331-8-1 CASF Art. 226-14 du code pénal

1.4.3.3	Gestion de la qualité Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Il existe une procédure de signalement auprès des autorités.	Art.L119-1 CASF Art.L.331-8-1 CASF Art.R331-8 CASF Art.434-3 CODE PENAL Art.L313-24 CASF
---------	--	--	--

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0		Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Juridique – Médical			
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font-ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	L'établissement dispose d'un logiciel permettant l'enregistrement et la déclaration de tout EI. Cet outil n'a pas été consulté le jour de la visite. L'établissement a mis en œuvre des enquêtes de satisfaction, les plus récentes datent de Juin 2021.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Cf. supra point 1.5.1.1. Les professionnels ont été formés en 2020 (31% des professionnels soit 62%) à l'utilisation et à la complétude des FEI. Une formation a été délivrée aux professionnels. Présentation lors d'un Forum sécurité de EI en 2022. Toutefois, l'accès aux informations n'est pas consultable sous format papier et mis à disposition de l'ensemble du personnel.		Art.L313-24 CASF Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Les professionnels ont été formés en 2020 à l'utilisation et à la complétude des FEI. Une formation a été délivrée aux professionnels. Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre conformément à la procédure de déclaration des EI elles sont incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ).		Art.L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF Art.R.331-10 CASF Art.R1413-67 à 73 CSP Art.R 1413-79 CSP HAS, "Mission du resp d'établ et rôle de l'encadr / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	La direction a indiqué que les signalements E/EI/EIGS ne font pas systématiquement l'objet d'une transmission au Conseil départemental.	E07	Art.L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 Art.R1413-67 à 70 CSP Art.L1413-14 et R1413-79 CSP Article 40 Code de procédure pénale
1.5.1.7	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Oui		

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

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

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	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	La direction de l'EHPAD MAGNY est assurée par la directrice du secteur médico-social de l'hôpital Novo qui comprend 3 autres EHPAD (Marines, Pontoise et Beaumont sur Oise) -MedCo : 0.6 ETP -IDE : 4,8 ETP -Psychologue : 1 ETP -AS/AMP/AES : 28.90 ETP Nombre de faisant fonction d'AS : 2 - dont 1 VAE en cours - dont 1 faisant fonction d'AS réintègrera ses fonctions d'ASH, à sa demande au 1^{er} octobre 2023.		Art.D312-155-0 du CASF Art.L.311-3 1° CASF Art.L311-3 3° Art.L311-8 CASF
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	La majorité du personnel est titulaire. Un pool de CDD permet de pallier aux vacances ponctuelles de poste à pourvoir.		Art.L. 1242-2 du Code du travail Art.L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail Art.D. 312-155-0 II11 du CASF Art.L311-3 CASF
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Ces données n'ont pas été communiquées par l'établissement.		Art.L.311-3 1° CASF Art.L311-3 3°

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation, - médecine du travail	Les dossiers des personnels n'ont pas pu être consultés. Ces dossiers sont à l'hôpital NOVO de Pontoise.		Art.L133-6 CASF Art L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (art L6315-1, code du travail) Art L451-1 CASF Art D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES Art L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS Art 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...)?	Les dossiers des personnels n'ont pas pu être consultés. Ces dossiers sont à l'hôpital NOVO de Pontoise.		Art. D312-157 CASF Art D312-155-0 II CASF Art L312-1 II 4° alinéa CASF Art L.4391-1 du CSP Art D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial - Social			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	Il existe un plan de formation pour 2021, 2022 et un plan de formation prévisionnel pour 2023 qui inclut un large panel des thématiques relatives aux soins prodigués en EHPAD. Des modules de formation centrés sur la bientraitance dans le quotidien des pratiques sont organisés		Art 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 Art L119-1 CASF HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	Parmi les faisant fonction d'AS, une personne bénéficie de la VAE, une autre va intégrer la formation initiale en IFAS. Enfin, une autre personne faisant fonction d'AS souhaite, à partir du 1^{er} octobre 2023, revenir à son statut antérieur d'ASH.		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont-ils accompagné d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)?	Il n'existe pas de procédure formalisée. Cependant, dès leur arrivée, les nouveaux professionnels travaillent en binôme, sur 3 jours consécutifs.	R01	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 »)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents – Social</u>			Art L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Il existe des temps de transmission entre les équipes de jour et les équipes de nuit.		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes</u>			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Les plannings sont faits à l'avance (au plus tard un mois en avance). Les professionnels sont affectés sur l'un ou l'autre des bâtiments. Il y a ensuite des rotations par étage et par service. Les plannings sont faits par la cadre de l'établissement. Elle tient compte des souhaits mais également de l'épuisement des personnels.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	26 présents le jour du contrôle, effectif conforme.		
2.1.4.10	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 a le statut de titulaire.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Admin = utile pour questionnaires IDE, AS, AMP. Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ?	La mission n'a pas été en mesure de consulter les dossiers RH.		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Le personnel « faisant fonction de » est en cours de formation afin d'acquies la qualification requise.		Art L451-1 du CASF Art L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS Art D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES Art R4311-1 CSP Art D312-155, 2° CASF Art L311-3, 1° 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 ?	L'établissement dispose d'un pool de CDD récurrents. Ces derniers sont sollicités en cas d'absence.		

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Les personnes rencontrées par la mission se répartissent ainsi :

Nombre	Fonction	Type de contrat
1	Directrice	Titulaire
2	Cadre de santé	Titulaire
1	IDE	Titulaire
1	IDE	Stagiaire
1	AS	Titulaire
2	ASH	Titulaire
1	Animatrice	Titulaire

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 d'actualisation et d'affichage du règlement de fonctionnement	Art.L311-7 CASF Art.R311-34 CASF Art.R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF	1.2.1.1 1.2.1.2	P 11
E02	Absence d'actualisation du projet d'établissement	Art.L311-8 du CASF Art.D311-38 du CASF Art.D312-160 CASF Art.R314-88 1° du CASF	1.2.1.4	P 12
E03	Absence de plan bleu actualisé	Art.L.311-3 du CASF Art.D312-160 CASF (Art.D312-155-4-1 Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005,	1.2.1.6	P 12
E04	Absence des diplômes requis pour exercer la fonction de médecin coordonnateur	Art.D312-157 CASF et D312-159-1 CASF décret n°2005-560 du 27 mai 2005	1.2.2.15	P 16
E05	Incomplétude de l'affichage obligatoire	Art.L. 311-4 CASF Art.R.311-34 CASF	1.2.3.5	P 17
E06	Absence d'information du CVS concernant les EI et dysfonctionnements au sein de l'EH PAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre	Art.R331-10 CASF	1.3.3.2	P 18
E07	Absence de déclaration systématique au Conseil départemental des EI/EIG/EIGS	Art.L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 Art.R1413-67 à 70 CSP Art.L1413-14 et R1413-79 CSP Article 40 Code de procédure pénale	1.5.1.6	P 23

Remarques

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R01	Absence de protocole d'accueil formalisé pour les 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	P27

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Hôpital NOVO - Site de Magny-en-Vexin a été réalisée en visite inopinée, sur site le vendredi 3 juillet 2023. Elle a mis en évidence une situation contrastée au sein de l'établissement.

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

Toutefois, des fragilités ont été repérées. En effet, il convient de noter l'absence d'actualisation du projet d'établissement et de règlement de fonctionnement. En outre, l'établissement ne dispose pas de plan bleu distinct et actualisé. Ces éléments ne facilitent pas la mobilisation des personnels autour d'objectifs clairement identifiés.

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

Cergy-Pontoise, le

23 NOV. 2023

Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale
du Val d'Oise

Cergy, le 29 JUIN 2023

Madame, Messieurs,

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

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

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

L'EHPAD dénommé « Hôpital NOVO » et situé à Magny-en-Vexin (FINESS n° 95 081 597) 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 : la conformité aux conditions de l'autorisation, le management et stratégie, l'animation et le fonctionnement des instances, la gestion de la qualité et la gestion des risques, des crises et des événements indésirables ;
- les fonctions support : la gestion des ressources humaines.

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

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

L'inspection aura lieu sur site à compter du 03 juillet 2023 selon l'organisation suivante :

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

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

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

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

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

La Directrice de la Délégation départementale
du Val-d'Oise

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

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Liste des documents à consulter / à transmettre EHPAD « Hôpital NOVO » Magny en Vexin Inspection du 03.07.2023

Liste des documents à fournir immédiatement En 2 exemplaires

N°	Nature du document demandé
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)
2	Liste des salariés présents ce jour par unité en précisant le poste occupé et le type de contrat.
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.
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD.
5	Plan des locaux.

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

N°	Nature du document demandé
6	Liste nominative des personnels avec l'ETP, date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel) du mois en cours
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
8	Tableau de suivi des projets de vie
9	Dossiers des résidents et projets de vie
10	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)
11	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)
12	Classeurs 2021-2022-2023 des Réclamations et des EIG
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents
14	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires

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

Ars-dd95-inspections@ars.sante.fr

N°	Nature du document demandé
15	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)
16	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)
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
18	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)
19	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)
20	Planning des astreintes et procédure.
21	Projet d'établissement et Projet de soins
22	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...
23	Projet d'animation
24	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel et non PDF). Cf tableau des personnels salariés de l'EHPAD
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
26	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies
27	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT
28	Programme d'animation pour les deux derniers mois
29	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022 et 2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)
32	CR des réunions du CVS/2021 et 2022
33	Questionnaires « gouvernance » et « fonctions support : ressources humaines » complétés

