

Délégation Départementale du Val d'Oise

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « La Commanderie des Hospitaliers »
161 Avenue de la Division Leclerc - 95880 ENGHEN LES BAINS
N° FINESS 95 080 2 504**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_IDF_00151
Contrôle sur place le 13/04/2023**

Mission conduite par

- 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	6
Gouvernance	7
Management et Stratégie	7
Animation et fonctionnement des instances.....	12
Gestion de la qualité	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	17
Prises en charge.....	19
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	19
Respect des droits des personnes.....	24
Vie sociale et relationnelle.....	29
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	31
Écarts	31
Remarques	31
Conclusion.....	32
Glossaire	33
Annexe 1 - Lettre de mission des agents chargés du contrôle	34

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. Gestion de la qualité
2. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

PRISE EN CHARGE

3. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
4. Respect des droits des personnes
5. Vie sociale et relationnelle

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD La Commanderie des Hospitaliers, situé à Enghien les Bains, n°FINESS ET 95 080 2 504, 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 13 avril 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé par la délégation départementale du Val d'Oise (ARS).

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

GOUVERNANCE

1. Gestion de la qualité
2. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

PRISE EN CHARGE

3. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
4. Respect des droits des personnes
5. Vie sociale et relationnelle

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 161 Avenue de la Division Leclerc à ENGHIEEN LES BAINS (95880), l'EHPAD La Commanderie des Hospitaliers est géré par Teneris.

Ouvert en 2007, l'EHPAD La Commanderie des Hospitaliers dispose de 61 places en hébergement permanent

Les 57 résidents accueillis en année N étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD	5%	38%	34%	23%	0%
IDF	18%	40%	18%	17%	5%

Le budget de fonctionnement est de _____ en 2022 au titre du soin.

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

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				
1.2.1.1	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 est affiché et remis à chaque résident.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels,	Le règlement de fonctionnement a été transmis à la mission. Il répond dans son ensemble aux dispositions contenues dans le CASF. Néanmoins, il ne précise pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues (R 311-35 CASF).	E1	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		évaluation des pratiques professionnelles.			
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 en cours de validité n'a pas été transmis à la mission. La proposition du nouveau projet d'établissement transmis à la mission n'indique pas sa période de validité. Il est indiqué que le projet définitif devait être finalisé fin 2022. Au jour de l'inspection celui-ci n'a pas encore été présenté au CVS et devrait l'être le 1er juin 2023.	E2	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement répond aux dispositions du CASF. Néanmoins, si le volet prévention et lutte contre la maltraitance y est évoqué (formations annuelles, procédure de signalement), celui-ci devrait être davantage développé.	R1	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du rôle 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 est en poste au sein de l'établissement depuis le 01/07/2021 à hauteur de 0.5 ETP. Elle exerce, par ailleurs des fonctions de directrice d'appui, auprès de trois autres établissements du Val-d'Oise appartenant au même groupe. L'organigramme est à jour et affiché dans le tourniquet documentaire à l'entrée de l'établissement. Les liens hiérarchiques et fonctionnels sont clairement établis. Les délégations de la directrice regroupent les 4 grands domaines de compétence ressources humaines, conduite d'établissements, hygiène et sécurité / administration et finances. Le directeur n'a pas le pouvoir de subdélégation de signature.		L315-17 (dir EHPAD public) et D312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice est titulaire d'une qualification n'est pas conforme aux dispositions réglementaires. Néanmoins, a été fourni à la mission un certificat daté du 1 décembre 2022 avec avis favorable pour poursuivre la démarche de VAE afin d'obtenir une certification de directeur d'établissement gériatrique.	E3	D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
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 affichages sont conformes et présents dans le tourniquet à documents présent à l'entrée de la structure. Le programme d'animations ainsi que les menus sont affichés sur un tableau à l'entrée de la salle de vie et de restauration.		L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement - Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Il ressort des entretiens que le CVS est en en place. Sa composition est conforme aux dispositions réglementaires. La dernière élection de ses membres a eu lieu le 9/02/2023. Il comprend : - Un président, collège résident ; - Un vice président, collège famille ; - Une secrétaire, collège famille ; - Un représentant de l'organisme gestionnaire - Deux représentants des résidents (dont le président) ; - Deux représentants des familles (dont le vice président) ; - Un représentant légal ; - Un représentant du personnel. Celui-ci est conforme à la composition minimum attendue par l'article D355 du CASF. Le CVS se réunit trois fois par an (trois comptes 2023 transmis en 2023) L'approbation du règlement de fonctionnement par le CVS a été effectuée le 13/02/2023 (compte rendu transmis).		D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS) Résident/famille > à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)

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 ?	La mission n'a pas pu constater, au regard des comptes rendus transmis si le CVS est informé des EI.	SO	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

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	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 ?	Il ressort des entretiens que des professionnels ont été désignés en tant que référent qualité (domaine du soin et de la restauration). Néanmoins, la mission n'a pas pu vérifier l'effectivité et les modalités de ces désignations. Par ailleurs, l'établissement peut s'appuyer sur le responsable « qualité » du siège.		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018

					L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
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 ?	S'il existe formellement un plan d'amélioration continue de la qualité ; l'établissement ne s'est pas doté d'un COPIL qualité permettant de développer et de diffuser largement une culture de la démarche qualité à l'ensemble des personnels. Par ailleurs, 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.		
1.4.2.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : Juridique			
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014 et a fait l'objet d'une analyse par l'ARS en 2016. L'autorisation a été renouvelée le 3 janvier 2017.		L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial			

1.4.3.1	Gestion de la qualité Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	La mission a pu constater en s'appuyant sur les différents entretiens menés auprès du personnel et sur l'examen de différents supports, qu'une politique de promotion de la bientraitance était diffusée au sein de l'établissement. Le psychologue de l'établissement dispense des formations relatives à la bientraitance de manière régulière au sein de l'établissement. Lors de la visite des locaux, la majorité des portes de chambres étaient fermées préservant l'intimité des résidents Le numéro 3977 est inséré dans le tourniquet documentaire à l'accueil. Néanmoins, sa visibilité est insuffisante.	R2	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.3	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 relative à la protection des personnes signalant des cas de maltraitance détaillée. Il ressort des entretiens qu'il n'y a pas eu de cas de maltraitance identifiés au sein de la structure. Une procédure est également proposée concernant l'analyse des EIG afin d'élaborer un plan d'actions.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0		Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Juridique – Média			
1.5.1.1	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 ?	Les enquêtes de satisfaction, les réclamations et les plaintes des résidents sont enregistrées et font l'objet d'un suivi consigné dans l'outil L'extraction de l'enquête de satisfaction transmise aux familles en 2023 a été transmise à la mission, de même que les résultats de l'enquête 2022. Les réclamations recues des familles ont été transmises à la mission dans un format excel.		

N°IGAS Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	La procédure relative au constat d'un événement indésirable est formalisée. Elle a été transmise à la mission. Le classeur des EIG présenté à la mission ne contient aucune déclaration. Les différents entretiens ont permis à la mission de constater que la procédure est régulièrement rappelée aux professionnels. Néanmoins, ceux-ci ne se sont pas appropriés la procédure.	E4	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Il existe une procédure d'analyse approfondie des EIG. Néanmoins, la mission ne dispose pas d'éléments lui permettant d'apprécier si cette procédure est mise en œuvre.	SO	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'établissement et rôle de l'encadrement", 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 ? - AFS - 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 ?	Le signalement des EIG auprès des autorités administratives et/ou judiciaires est réalisé lorsque cela est nécessaire.		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.7	Gestion des risques, des crises et événements indésirables	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Une procédure relative aux erreurs médicamenteuses a été fournie à la mission.		

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie				
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes - Maltraitance			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? Existe-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?	En 2022, l'origine des demandes d'admission provient des familles (70 %) de l'hôpital (20%) des organismes de placements (10%) Le dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ainsi que le dispositif sont utilisés. Une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants est mise en place. Elle se subdivise en plusieurs étapes : • prise de contact avec le futur résident • visite de la résidence ou visite à l'hôpital • étude du dossier administratif et dossier médical • avis médical – • décision d'admission émanant de la direction de l'établissement Le refus d'admission peut être motivé sur la base d'un avis médical notamment pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. En effet, la résidence ne dispose pas actuellement d'unité d'accueil spécifique d'Alzheimer. Une procédure d'admission détaillée a été transmise à la mission.		(obligation cerfa DU) R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les documents prévus par les textes existent et sont appliqués (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) - Vérifier que les différentes procédures applicables tout au long du séjour sont effectives Principales catégories de risques possibles : Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance			
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Maltraitance			
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Il existe un référent « PAI » par résident . Il ressort des différents entretiens réalisés par la mission que l'élaboration du PAI est du ressort de l'équipe pluridisciplinaire (medco, psychologue, psychomotricienne, IDE, IDEC, AS). La rédaction incombe au psychologue. Sa validation résulte d'une approche collégiale entre d'une part, le résident, sa famille et/ou son tuteur et d'autre part, le directeur, référent PP et le psychologue. Le suivi et l'évaluation psychologue relèvent du psychologue. Les PAI sont- mis à jour une fois par an ou plus si nécessaire en fonction des changements		L311-3° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			pouvant intervenir dans le parcours de vie du résident . Les personnes accueillies participent- 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. L'extraction du logiciel confirme que l'ensemble des PAI sont à jour.		
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			
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 ?	Sept médecins traitant interviennent au sein de l'établissement. La fréquence de leurs interventions est variable, elle est comprise entre une fois par mois et deux fois par semaine. L'établissement indique qu'il sont joignables en cas de besoin Ces médecins n'ont toutefois pas signé de convention avec l'EHPAD. E5		R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)

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	Les temps de transmissions interéquipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Des temps de transmission interéquipe sont planifiés quotidiennement sous l'égide des IDE et l'IDEC. Des réunions pluridisciplinaires sont organisées tous les jeudis et pilotées par l'IDEC et le Medco . Il n'existe pas de procédure spécifique. Ces transmissions sont retranscrites dans le Logiciel : Netsoin. Les comptes rendu sont consignés dans un classeur. Il existe des temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit répartis ainsi : • équipes de jour : 7h30 à 19h30 - 8h00 à 20h00 • équipes de nuit : 19h45 à 7h45 La mission n'a pas pu constater ces temps de chevauchement sur les plannings transmis.		L. 311-3-4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	Dans le cadre des moyens mis en œuvre pour faciliter l'association des familles, des proches et des personnes ressources, il est fait état par l'établissement de . • visite systématique pour un futur entrant avec son aidant naturel, • demande systématique de la désignation d'une personne de confiance au résident, • activité du CVS, • enquête de satisfaction annuelle, • réunion avec les familles au moins une fois par an, • accès facilité à la direction avec la « politique de la porte ouverte. • présence d'un cadre sur site sept jours sur sept. Sont mis à disposition des proches : • une cuisine thérapeutique dédiée aux invités, • une terrasse située au 5^{ème} étage du bâtiment,		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			un patio, une salle à manger, un salon, une salle cinéma. Des travaux d'aménagement sont prévus prochainement pour réaliser un salon d'accueil à l'entrée de l'établissement. Les entretiens menés ont permis à la mission de constater que les familles sont associées aux animations si elles se souhaitent. Des événements communs tels que la fête des voisins, des brocantes, sont organisés avec qui se trouve à proximité de l'établissement. De plus, l'EHPAD dispose du journal qui permet de garder le lien avec les familles. Les résidents disposent du téléphone lorsque cela est demandé dans le contrat de séjour.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des droits et libertés de la personne accueillie est en annexe du contrat de séjour, qui est signé par le résident ou son représentant légal lors de l'admission.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	L'ensemble de la documentation relative au recours à une personne qualifiée se trouve dans le tourniquet documentaire à l'entrée de l'établissement.		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
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 ?	Afin de faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance plusieurs modalités de diffusion de cette information ont été mises en œuvre : • remise d'un document intitulé « désignation de la personne de confiance » à chaque nouveau résident • création d'un flyer TENERIS • affichage d'une note d'information relative à la personne de confiance affiché dans le tourniquet documentaire dans le hall d'accueil • information diffusée auprès du CVS chaque année. Les personnes de confiance sont identifiées dès l'admission. Cette désignation est présente dans la grande majorité des dossiers des résidents		L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes : Maltraitance			R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus)
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	Il existe une procédure relative aux contentions détaillée qui répond aux exigences du CASF. Les contentions sont tracées dans Netsoin et réévaluées.		L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000 Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : 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 ?	Le règlement de fonctionnement précise les règles relatives à la protection des biens et objets de valeur. Un coffre-fort peut être mis à disposition sur demande. Seule la famille et le résident ont connaissance de code.		L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) 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	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités alzheimer (UVP, ...)	L'établissement compte deux animatrices. L'une accompagne les résidents les plus dépendants dans un espace dédié, tandis que la seconde organise et anime les activités pour les autres résidents. Les plannings transmis indiquent qu'il y a 3 animations par jour, y compris le samedi et le dimanche.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité+consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement dispose d'un volet à part entière relatif à l'animation (point 6.3).		

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Les personnes rencontrées par la mission se répartissent ainsi :

Fonction	Type de contrat
Directeur	CDI
Directrice adjointe	CDI
Responsable qualité	CDI
Animatrice	CDI
Psychologue	CDI

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

- E1 Compléter le règlement de fonctionnement afin qu'il contienne l'ensemble des dispositions obligatoires prévues aux articles R311-35 à R311-37 du CASF.
- E2 transmettre le PE définitif ainsi que le PV actant de la consultation du CVS.
- E3 Transmettre à la mission l'attestation de réussite de la VAE « Directeur d'établissements gériatriques ».
- E4 Mettre en œuvre une culture de signalement et de déclaration des EI et EIG au sein de l'établissement.
- E5 Conventionner avec les professionnels libéraux intervenants au sein de l'établissement conformément à l'article R313-30-1.

Remarques

- R1 Développer davantage le volet prévention et lutte contre la maltraitance dans le PE.
- R2 Afficher le n°3977 de manière visible et dans un endroit accessible par tous (résidents, familles et professionnels).

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD La Commanderie des Hospitaliers, géré par TENERIS a été réalisée le 13 avril 2023.

Elle a pu constater que :

- Globalement l'établissement satisfait aux conditions de bonne prise en charge et d'accueil des résidents ;
- Les professionnels rencontrés par la mission témoignent d'un cadre de travail valorisant et centré sur l'accompagnement et le bien être des résidents ;
- L'animation et la vie sociale sont au centre du projet de vie des résidents.

Cependant, des écarts et des remarques ont été relevés, notamment sur les points suivants :

– GOUVERNANCE

1.2 Management / Stratégie et notamment :

- Le règlement de fonctionnement est incomplet ;
- Le projet d'établissement en cours de validité n'a pas été transmis à la mission. Le nouveau projet d'établissement n'a pas été, au jour de l'inspection, été soumis au CVS. D'autre part, le volet « prévention et lutte contre la maltraitance » devrait être davantage développé ;
- La directrice de l'établissement doit poursuivre les démarches engagées afin de disposer des qualifications requises ;

1.4 Gestion de la qualité et notamment :

- Les procédures de signalement des EI/EIG n'est pas connue de l'ensemble des professionnels.

– PRISE EN CHARGE

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

- Les professionnels libéraux intervenants dans la structure n'ont pas signé de convention.

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

Cergy, le **29 JUIN 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

Annexe 1 - Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale
du Val d'Oise

Cergy, le - 4 AVR. 2023

Madame, Monsieur

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

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

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

L'EHPAD dénommé « La Commanderie des Hospitaliers » et situé à Enghien-les-Bains (FINESS n° 95 080 250 4) a été inscrit dans la programmation 2023 de ces contrôles.

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

- La gouvernance de l'établissement : la gestion de la qualité et la gestion des risques, des crises et des événements indésirables ;
- La prise en charge des résidents : l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie, le respect des droits des personnes et la vie sociale et relationnelle.

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

2 avenue
95011 Cergy-Pontoise cedex
ledetranche.ars.sante.fr

L'inspection aura lieu sur site à compter du 13 avril 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.

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

