

Délégation départementale du Val-d'Oise

Conseil départemental du Val-d'Oise

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)**

« Les Pensées »

102 rue Antonin Georges Belin - 95100 ARGENTEUIL

N° FINESS : 95 080 249 6

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2023_IDF_00694

Inspection du 27 octobre 2023

Mission conduite par :

- inspecteur de l'action sanitaire et sociale,
Coordonnateur de la mission d'inspection ; Agence régionale de santé, délégation
départementale du Val-d'Oise ;
- chargée de mission qualité et contrôle des ESSMS,
Service qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, département du Val-
d'Oise ;
- adjointe au chef de service Personnes Agées et
Domicile, Direction de l'offre médico-sociale, Département du Val-d'Oise

Accompagnée par :

- chargée de mission désignée personne qualifiée
conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Agence régionale
de santé, délégation départementale Val-d'Oise ;
- chargée de mission désignée personne qualifiée
conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Agence régionale
de santé, délégation départementale Val-d'Oise

Textes de référence

- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
- Article L.1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de 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	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances.....	19
Gestion de la qualité	20
Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	22
Fonctions support.....	25
Gestion des ressources humaines.....	25
Gestion d'information	31
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	32
Sécurités.....	35
Prises en charge.....	36
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	36
Respect des droits des personnes.....	38
Vie sociale et relationnelle.....	39
Vie quotidienne. Hébergement	40
Relations avec l'extérieur.....	42
Coordination avec les autres secteurs	42
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	43
Écarts	43
Remarques	44
Conclusion	45
Glossaire	47
Annexes	48
Annexe 1 : Lettre de mission	48
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis.....	50
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection	52

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée au sein de l'EHPAD sur une journée, de manière inopinée, conjointement par l'ARS et le Département du Val-d'Oise.

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
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

14. Coordination avec les autres secteurs

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

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction et des professionnels de l'établissement.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection.

Un retour des constats actés dans ce rapport a été fait à l'issue de la journée d'inspection auprès du directeur de l'établissement qui a pris acte des écarts et de l'importance d'y remédier sans attendre la réception du rapport d'inspection.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription de l'EHPAD « Les Pensées », situé 102 rue Antonin Georges Belin – ARGENTEUIL (95100), FINESS ETABLISSEMENT N° 95 080 249 6, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 27 octobre 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Département du Val d'Oise.

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
9. Sécurités

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

14. Coordination avec les autres secteurs

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 102 rue Antonin Georges Belin à Argenteuil (95100), l'EHPAD « Les Pensées » est géré par le Groupe commercial DOMIDEP.

Sa capacité actuelle théorique est de 86 places en hébergement permanent et de 2 places en hébergement temporaire.

Il dispose également de 10 places en accueil de jour.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale pour 10% de sa capacité en hébergement permanent, soit 10 places.

L'établissement est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs de type Alzheimer, avec plusieurs unités de vie protégée (UVP)

Les 81 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Les Pensées, 2023	10%	38%	27%	16%	6%
IDF ¹	18%	40%	18%	17%	7%

A noter que 3% des résidents n'avait pas de girage le jour de l'inspection.

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Pensées			
Nom de l'organisme gestionnaire	DOMIDEP			
Numéro FINESS géographique	95 080 249 6			
Numéro FINESS juridique	95 000 115 6			
Statut juridique	Privé à but lucratif			
Option tarifaire (Partielle ou Globale)	Partielle			
PUI (Oui ou Non)	Non			
Capacité de l'établissement - Article L.313-22 du CASF		Autorisée	Installée et financée	Occupée
	HP	86	86	80
	HT	2	2	1
	AJ	10	10	/
	PASA	0	0	0
	UHR	0	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Selon autorisation : 9 (10% de la capacité installée) Présent dans l'établissement le jour de la visite : 7			
Derniers indicateurs GMPS	PMP : 248 (validé le 28/10/2020)			
	GMP : 815 (validé le 27/10/2020)			
Contractualisation	CPOM préexistant : Non			
	CPOM en cours de validité : Non			
Expérimentations en cours	Aucune			

Observation : l'activité de l'accueil de jour (AJ) n'a pas été observée par la mission d'inspection.

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	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 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			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation		Géré depuis 2015 par le Groupe DOMIDEP, il s'agit d'un EHPAD privé à but lucratif. Le groupe DOMIDEP gère deux EHPAD dans le Val d'Oise, dont celui inspecté.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?	L'établissement est composé d'un unique bâtiment organisé sur quatre niveaux (rez-de-jardin, rez-de-chaussée avec 3 étages desservis par deux ascenseurs. Les locaux sont répartis comme suit : RDU : - Salle du personnel avec un espace repos - Local syndical - Vestiaires H/F - 1 unité de vie protégée de 12 chambres individuelles avec un accès extérieur via un petit jardin sécurisé par digicode RDC : - Accueil (avec un hall et un salon) - La salle à manger (climatisée) - Bureau de la direction - 2 salles d'activités (dont une climatisée)		L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) * accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée" . & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- 1 unité de vie protégée de 12 chambres individuelles avec un office de soin, un salon climatisé et un office pour la restauration Les deux unités de vie protégées du RDJ et du RDC disposent de limiteur d'ouverture pour les fenêtres. 1^{er} étage : - 1 petit salon polyvalent avec TV + accès à une petite terrasse - 25 chambres individuelles (dont une unité protégée de 12 chambres) - Le pôle soin (infirmier, pharmacie, ...) - Un espace mentionné « PASA » 2^{ème} étage : - 1 salon avec un extérieur non accessible - 26 chambres individuelles (dont 22 équipées de rail au plafond) 3^{ème} étage : - L'accueil de jour avec une entrée par digicode - Une terrasse (en cours de réhabilitation) - 1 petit salon - 13 chambres individuelles L'accès aux unités protégées est sécurisé par digicode. L'EHPAD dispose de 2 lits autorisés pour de l'hébergement temporaires (HT). Ces deux lits ne sont pas identifiés dans la répartition des chambres. L'usage se fait en fonction de la disponibilité des chambres. La capacité d'accueil théorique est de 88 places pour 81 places occupées (dont une place en hébergement temporaire). Soit un taux d'occupation de 92% au jour de la visite d'inspection. L'EHPAD accueille un couple dans deux chambres individuelles. Par ailleurs, la signalétique de l'établissement fait mention de l'existence d'une activité de PASA au 1^{er} étage. Le PASA est une activité réglementée qui doit, au préalable, faire l'objet d'une autorisation par les autorités compétentes. Or, l'établissement ne dispose pas de cette autorisation.	E3	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?	La négociation du CPOM de cet établissement n'avait pas été entamée au moment de la visite d'inspection. L'établissement ne dispose donc pas de CPOM au jour de la visite.		L313-11 CASF (CPOM) L313-12 CASF (contenu CPOM)
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			
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, 81 résidents étaient présents dont : - 10% en GIR 1 - 38% en GIR 2 - 27% en GIR 3 - 16% en GIR 4 - 6% en GIR 5 et 6 - 3% non giré 48% L'établissement dispose de plusieurs unités dites protégées. 13 résidents bénéficient d'une mesure de protection juridique (9 pour tutelle et 4 pour curatelle).		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie				
1.2.1.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	L'EHPAD dispose d'un règlement de fonctionnement qui a été communiqué à la mission. Il date de février 2015. Une mise à jour de ce document, au regard des évolutions réglementaires applicables aux EHPAD, est indispensable.		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, évaluation des pratiques professionnelles.	Cf. point 1.2.1.1. Le règlement de fonctionnement doit être mis à jour et son contenu doit être conforme aux attendus réglementaires.	E1	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	L'EHPAD dispose d'un projet d'établissement couvrant une période de cinq ans de 2022-2027. Toutefois, sa présentation aux membres du Conseil de la vie sociale (CVS) n'est pas formalisée dans un procès-verbal. En tout état de cause, le gestionnaire n'a transmis aucun document pouvant en attester. Par ailleurs, le projet d'établissement fait mention de l'existence d'une activité de PASA, tout comme la signalétique dans l'établissement (cf. point 1.1.1.2) Le PASA est une activité réglementée qui doit, au préalable, faire l'objet d'une autorisation par les autorités compétentes. Or, l'établissement ne dispose pas de cette autorisation.	E2 E3	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	Cet item n'appelle pas de remarque.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
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 ?	Ce diplôme répond aux attentes réglementaires. Dans ses missions, il est secondé par une adjointe de direction, qui est à temps plein (1 ETP) sous contrat à durée indéterminée (CDI) Le directeur exerce à temps plein (1 ETP) en contrat à durée indéterminée (CDI). Il dispose d'une délégation de pouvoir (DUD) avec la possibilité d'une subdélégation encadrée.	E4	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			La mission n'a pas eu connaissance de document actant de manière formelle une subdélégation confiée à d'autres agents notamment à l'adjointe de direction. L'ensemble des responsabilités de direction repose donc uniquement sur le directeur de l'établissement. Il dispose également d'une fiche de poste « type » datant de 2014, soit antérieure à la prise de poste du directeur. Des évolutions réglementaires majeures se sont produites sur le secteur des EHPAD, en particulier depuis 2016. Aussi il est indispensable de mettre à jour la fiche de poste et de la personnaliser aux missions de l'EHPAD d'Argenteuil. En cas d'absence ou d'empêchement de la direction, un protocole daté de 2022 a été transmis. Ce document fait mention de plusieurs instructions relatives à la continuité de certaines missions de l'établissement ainsi qu'un numéro d'astreinte de la direction. E5 E6 L'organigramme (affiché à l'entrée de l'établissement) identifie clairement le positionnement du directeur et du personnel ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il mentionne les noms et les fonctions uniquement pour le personnel d'encadrement mais pas les équivalents temps plein (ETP). De plus, le positionnement dans l'organigramme de la psychologue sous la supervision de l'IDEC n'est, ni cohérent au regard de sa fonction ni conforme à sa fiche de poste qui la mentionne sous la responsabilité du directeur et MedCo. Un comité de direction (CODIR) est organisé mensuellement en présence du directeur, son adjointe, le MedCo, l'IDEC, la gouvernante, l'agent technique, et si besoin l'animatrice et la psychologue. Le compte rendu est réalisé par le directeur. Suite à ce CODIR un comité de pilotage plus spécifique sur le soin, se réunit pour analyser des indicateurs importants comme le nombre de fugues, de chutes, d'escarre, d'hospitalisation ainsi que leur variation dans le temps.		
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 ?	Un comité de direction (CODIR) est organisé mensuellement en présence du directeur, son adjointe, le MedCo, l'IDEC, la gouvernante, l'agent technique, et si besoin l'animatrice et la psychologue. Le compte rendu est réalisé par le directeur. Suite à ce CODIR un comité de pilotage plus spécifique sur le soin, se réunit pour analyser des indicateurs importants comme le nombre de fugues, de chutes, d'escarre, d'hospitalisation ainsi que leur variation dans le temps.		
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,	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.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		- affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Par ailleurs, les entretiens menés par la mission corroborent cet état, traduisant une disponibilité et une écoute de la direction auprès du personnel. La grande majorité du personnel est stable et sous contrat en CDI. Une partie de l'effectif travaille dans l'établissement depuis plusieurs années dans un esprit d'entraide et de bienveillance entre collègues. Selon les indicateurs produits par l'établissement, le taux d'absentéisme est le suivant : La trajectoire du taux d'absentéisme, bien que très élevé en 2021, retrouve un taux acceptable sur 2022. Le calcul transmis par l'établissement comprend toutes les heures d'absences de type accident du travail, maladie professionnelle, maladie et absence injustifiée. L'établissement n'a pas produit d'indicateur concernant la rotation du personnel. Toutefois, au regard de volume de personnel en CDI et d'une part de personnel en CDD dédiée uniquement aux remplacements (hors poste vacant, cf. point 2.1.1.1), l'effectif est relativement stable.		
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 bénéficie d'un appui du groupe, notamment sur les fonctions supports (gestion de la paye, démarche qualité, procédures...) et sur l'accompagnement en prise de poste du directeur de l'établissement.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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. point 1.2.2.1 Aucune mutualisation de la fonction de direction avec un autre site n'a été évoquée auprès de la mission. La mission a pu constater l'existence d'un contrat mentionnant la fonction de direction, d'une fiche de poste, du document unique de délégation (DUD) signé, du niveau de diplôme requis pour exercer la fonction de direction (Mastère spécialisée).		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	Oui (cf. point 1.2.2.1)		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	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 ?	Un protocole daté de 2022 mentionne un numéro d'astreinte de direction, en cas d'absence ou d'empêchement de la direction Un protocole daté de 2023 existe également sur les modalités de fonctionnement en cas d'absence inopinée du personnel. Toutefois, l'établissement ne dispose d'aucune procédure formalisée sur la gestion des astreintes en particulier pour l'astreinte médicale, notamment de nuit.	E7	
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 8h16. Après plusieurs tentatives d'appels sur l'interphone, la mission a pu accéder à l'établissement à 8h26 et a été accueillie par un infirmier vacataire en l'absence du directeur. La mission lui a demandé que le directeur soit informé de la présence de l'ARS et du département pour une visite d'inspection. Le directeur est arrivé à 8h53 et la mission l'a informé du motif de sa présence, lui a remis les documents à préparer et a effectué en sa présence la visite des locaux.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	Cf. point 1.2.2.1		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Cf. point 1.2.2.1		D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'établissement dispose d'une IDEC à temps plein en CDI. Sa fiche de poste n'a pas été transmise.	E8	HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, qui CDI de 17.50 heures par semaine, soit 0.50 ETP. Il est présent deux jours par semaine, En application de l'article D.312-156 du CASF, le temps de présence effectif du médecin coordonnateur dans un EHPAD d'une capacité comprise entre 60 et 99 places ne peut être inférieur à 0.60 ETP. Or, le contrat du médecin en poste mentionne un temps de 0.50 ETP. En conséquence, le temps réalisé dans cet EHPAD pour la fonction de coordination n'est pas conforme à la réglementation en vigueur. L'établissement doit se mettre en conformité avec le temps de présence du médecin coordonnateur fixé par la réglementation en complétant le temps existant pour parvenir à 0.60 ETP. Par ailleurs, à la lecture de la liste des résidents remis à la mission, sur les 81 résidents présents le jour de l'inspection, 31 disposaient d'un médecin traitant.	E9 E10	D312-156 du CASF (ETP MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Pour les 50 autres, aucune information n'a été communiquée.		
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gérontologie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie. le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Le médecin coordonnateur détient un D.U. de médecin coordonnateur en EHPAD.		D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
1.2.2.17	Management et Stratégie		Oui.		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social - Médiatique			
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	Plusieurs documents obligatoires n'étaient pas affichés le jour de la visite : - La composition du CVS ; - Le PV des commissions de restauration ; - Le numéro 3977/ALMA.	E25	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 jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Un Conseil de la Vie Sociale est mis en place au sein de la résidence. Les dernières élections ont eu lieu en mars 2023. Le Président du CVS (PCVS) est un résident. La liste des représentants n'était pas affichée au sein de l'établissement mais le Directeur a remédié au manquement immédiatement. Malgré la mention au règlement intérieur du CVS (page 3) et l'article D311-4 du CASF, la direction n'a pas notifié la décision instituant le conseil de la vie sociale à l'autorité administrative compétente pour délivrer l'autorisation. E24 Le nouveau règlement (identique au précédent) a été approuvé en réunion du 05/10/23. Celui-ci a été actualisé selon les dispositions entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2023 (décret n°2022-688 du 25 avril 2022). Les comptes-rendus des réunions tenues en 2023 ont été transmis à la mission d'inspection (12/06/23 et 05/10/23). Cependant ceux-ci ne sont pas signés par le PCVS.		D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimums du CVS + répartition membres du CVS Résident/famille> à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée des mandats fixée dans le règlement) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-13 CASF (représentation des salariés et dans les états publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (attributions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 15 jours avant) D311-18 CASF (participation de tiers extérieurs) D311-19 CASF (règlement intérieur) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS + transmission aux ACT + rapport d'activité annuel)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Le compte rendu du CVS du 05/10/23 comporte bien un chapitre sur les signalements, réclamations (générales ou anonymisées) et dysfonctionnements survenus au sein de la résidence ainsi que les mesures correctrices mises en œuvre.		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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans 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 ?	L'établissement dispose des référents thématiques suivants : - Le directeur de l'établissement est en charge de la démarche qualité. - L'IDEC est en charge de la bientraitance en binôme avec la psychologue qui réalise des formations internes aux équipes.	E11	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 ?	Selon les dires du directeur, le PACQ est suivi par le service Qualité du siège du groupe DOMIDEP. Celui-ci réalise 2 audits par an sur la structure afin de contrôler le suivi du plan d'actions. La mission n'a pas pu observer ce document, qui n'a par ailleurs pas été transmis. Elle n'a donc pas pu constater que le PACQ comprenait bien le volet « prévention de la maltraitance » et « les bonnes pratiques de signalement et de traçabilité des événements indésirables et de traitement des réclamations »	E12	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
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)	Selon les dires du directeur, l'évaluation externe est programmée pour janvier 2024.	E13	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 ?	Les documents remis à la mission attestent d'une politique de bientraitance : formation interne, communication en CVS, désignation de référent bientraitance. Toutefois, : - Elle ne figure pas dans le livret d'accueil ; - L'analyse des retours de bonnes pratiques ou d'expériences n'est pas formalisée ; - Il n'existe pas de groupe d'analyse de pratique ou de comité éthique au sein de l'établissement (cf. point 2.1.3.1)	E14	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'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 sexuelles sont abordées comme des événements indésirables graves et traitées comme tels. Les dispositions relatives au harcèlement sexuel et à tout agissement sexiste sont détaillées dans le règlement intérieur de l'établissement adressé aux salariés.		Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)
1.4.3.3	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 ?	Aucun signalement n'a été constaté par la mission d'inspection.	E16	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			
1.5.2.0	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 ?	⇒ Concernant les réclamations et plaintes : Il existe un classeur, cependant celui-ci est vide et semble, de fait, considérer qu'aucune doléance n'a été formulée, alors que le directeur explique que des réponses sont apportées par oral ou par mails. ⇒ Concernant l'enquête de satisfaction : A la lecture des résultats de l'enquête de satisfaction à destination des résidents et des familles, transmis à la mission d'inspection et extrait au 1^{er} septembre 2023, les items suivants ressortent : • Avec une satisfaction pour notamment : - « La propreté, le confort et la dimension des chambre » entre 92.31% et 100% ; - « La propreté du linge » de 100% ; - « Les possibilités de visites » de 100% ; - « Respect de l'intimité » de 96.15% ;	E15 E16	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- « La quantité des repas servis » de 94.44%. • Avec une <u>insatisfaction pour notamment</u> : - « Relation avec le médecin coordonnateur » de 45% ; - « Relation avec les infirmiers et rencontre avec les professionnels de l'établissement » de 19.23% à 23.08 % ; - « Diversité et fréquence des animations » de 30.77% ; - « La possibilité pour chaque résident de trouver une activité qui lui corresponde » de 34.62% ; - « Sorties proposées » de 43.75% ; - « Propreté et agencement de l'extérieur » de 30.76% à 34.61% ; - « Délai de réponse aux appels » de 30.77% ; - « Qualité des repas » de 26.31%. Cette enquête ne fait pas état de la part renseignée par la famille ou un représentant et celle émanant de l'usager lui-même. La mission n'a pas constaté de plan d'actions correctives pour les items faisant l'objet d'une insatisfaction.		
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 ?	Il existe une fiche de déclaration en interne, à disposition à l'accueil. Il a été relevé que le classeur de recueil et de suivi des EI était vide. Il a été demandé le jour du contrôle d'alimenter ce classeur et de mieux formaliser la démarche avec : - Les modèles de fiches - La procédure de signalement mentionnant les acteurs et les outils à utiliser - Faire le lien avec le cahier de doléances, non rempli également.	E16	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Cf. points 1.4.1.7 et 1.4.3.1	E12 E14	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R331-10 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'établ et rôle de l'encadrt / 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 ?	Les autorités administratives n'ont pas eu de signalement de l'établissement depuis plusieurs années. Il est demandé au gestionnaire de déclarer systématiquement aux autorités administratives compétentes l'intégralité des dysfonctionnements et des EI.	E16	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)

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			
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 ?	Selon les informations communiquées à la mission (source : liste des salariés, planning du mois d'octobre 2023 et l'organigramme), l'établissement dispose de l'effectif global théorique suivant : - Direction : - Gouvernante : - MedCo : - IDE : - Psychologue : - AS/AMP : - ASH : - Cuisine : - Maintenance : - Animateur : Le jour de l'inspection, l'effectif présent était le suivant (source planning du jour et liste des salariés présents) : En journée : - 2 ETP de direction - 1 ETP de gouvernante		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L.311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- 1 ETP d'aide cuisinière - 1 ETP de lingère - 2 ETP d'IDE - 5 ETP d'Aide-soignant diplômé - 3 ETP de faisant fonction de soignant - 3 ETP d'AES - 4 ETP d'ASH De nuit : - 2 ETP d'aide-soignant diplômé - 1 ETP d'ASH A noter que le croisement entre le planning et la liste des salariés fait apparaître les anomalies suivantes : - L'IDEC n'apparaît pas dans le planning de tout le mois d'octobre 2023 ; - L'agent technique n'apparaît pas non plus ; - Sur le planning d'octobre 2023, une faisant fonction de soignant de nuit ne travaille le jour de l'inspection mais figure dans la liste des salariés présents. Constats sur l'effectif global : - Majoritairement le personnel est stable avec un contrat en CDI. - Sur les 11 ASH en CDI, [REDACTED] - Sur les 2,7 ETP en cuisine, [REDACTED] est occupé par un CDD. - Sur les effectifs de [REDACTED] d'IDE, 2 sont en CDI dont [REDACTED] Les deux autres ETP sont vacants et pourvus par deux vacataires depuis un an. - Sur les 26 ETP d'AS : [REDACTED] en CDI, [REDACTED] en CDD. La mission a rappelé le jour de l'inspection qu'en application des dispositions de l'article R314-166 du CASF la dotation de soin ne peut être employée que pour les dépenses de soins et le personnel soignant titulaire d'un diplôme conforme à la mission exercée ou en cours de formation sur l'obtention du diplôme requis.	R1 E17 E18	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Le ratio global de soin se situe ainsi au regard de la capacité théorique (88 places) : Ratio IDE : 0.05 Ratio AS/AMP : 0.29 comprenant les FFAS Ratios ASH : 0.11 Les ratios de soignants (IDE) et d'ASH sont faibles.		
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 ?	Cf. point 2.1.1.1 Les professionnels sont tous en CDI, sauf ceux qui interviennent pour les remplacements qui sont en CDD. Au jour de la visite d'inspection, il n'y avait pas de personnel infirmier.		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	Cf. point 1.2.2.3		L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/ feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	Globalement les dossiers administratifs du personnel sont bien tenus et complet. Toutefois : - Une absence d'évaluation annuelle des professionnels qui ne favorise pas la mise en place d'un accompagnement par la reconnaissance et la valorisation des compétences de chaque professionnel.	E19	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.1.8	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...)?	La mission n'a pas connaissance de professionnels de santé externe intervenant au sein de l'établissement.		Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	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			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bien-être, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ? L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	Plusieurs attestations sur des actions de formations réalisées entre 2021 et 2023 ont été transmises à la mission d'inspection. Les formations sont majoritairement réalisées par des prestataires externes. Quelques formations sont effectuées par du personnel soignant de l'établissement, et notamment par le médecin coordonnateur (prise en charge de la douleur, sécurisation du circuit des médicaments, prévention des escarres, ...) L'établissement est encouragé à poursuivre ces actions de formation.		L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)?	La mission d'inspection n'a pas trouvé d'élément attestant d'une vraie politique de qualification concluante du personnel comme en atteste le nombre de faisant fonction de soignant dans l'établissement (Cf. point 2.1.1.1) La mission n'a pas eu d'information concernant le protocole d'accueil et d'accompagnement des nouveaux professionnels. La mission n'a pas constaté de document formalisant l'accueil des nouveaux professionnels. Cela peut s'expliquer par le faible turn-over du personnel. Il n'existe pas de groupe d'analyse de pratique.	E17	
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines			R2	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	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social 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 ?			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes	Il n'existe pas de groupe d'analyse de pratique ou de comité éthique au sein de l'établissement. Des groupes de paroles animés une fois par mois par la psychologue de l'établissement ont été remis en place récemment.	E14	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes			
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 hospitalières ?	Organisation des équipes (selon planning remis) : Horaires activités théoriques EHPAD (hors Accueil de jour) :		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	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 ?	Cf. point 2.1.4.1		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	L'équipe de nuit est constituée de : - 2 ETP d'aide-soignant diplômé - 1 ETP d'ASH		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	Globalement oui mais certaines fiches de postes sont à mettre à jour. Cf. point 1.2.2.1		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Aucun glissement de tâche n'a été constaté. Selon les documents remis à la mission, le personnel soignant intervient sur son champ et le personnel hôtelier de ménage sur le sien. Toutefois, le faible ratio de présence du personnel ASH peut générer un glissement de charge de travail sur le personnel soignant (cf. point 2.1.1.1)		L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	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'une procédure en cas d'absence inopinée du personnel.		

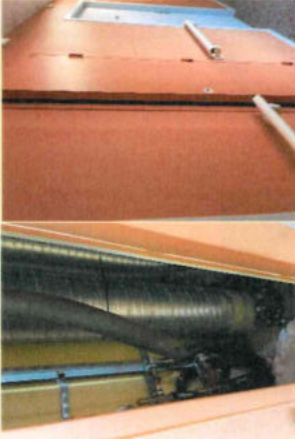
Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.0.0	Gestion d'information				
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	Le registre a été vérifié par la mission. Il ne comporte aucune anomalie au regard du nombre de résidents accueillis.		L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
2.3.3.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier l'adéquation des systèmes d'information aux besoins de la structure - Vérifier que les règles applicables aux accès aux informations personnelles sont respectées (code accès et mot de passe personnel, RGPD) Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, directives anticipées, droit à l'image, CNIL	Plusieurs dossiers de résidents ont été consultés par la mission sur le volet uniquement administratif. Globalement, les dossiers sont bien tenus. Toutefois, certains éléments manquent, comme le document de désignation d'une personne de confiance et du proche référent, le recueil des dernières volontés ou la mention d'une protection juridique. Un document de recherche du consentement éclairé a été retrouvé signée dans plusieurs dossiers. Les PAI sont conservés dans un classeur dédié.	R3	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement				
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Le bâtiment est dans un état général satisfaisant et entretenu. L'entrée principale est sécurisée par un SAS digicodé. Les pièces de vie sont décorées, à l'accueil un espace est dédié aux enfants (coin lecture). Cependant, à certains étages, les sols sont collants (en UP). Des réparations mineures sont à engager, par exemple une dalle se décroche du plafond de l'UP du RDC, ce qui peut constituer un danger pour les résidents et salariés. 	E20	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Le 3^{ème} étage dispose encore de moquette au sol, qui doit être enlevée en 2024. La terrasse de l'AJ est également en réfection.  Un radiateur dans le couloir avec un décrochage métallique saillant pouvant causer une blessure. 		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Plusieurs placards techniques étaient ouverts et donc accessibles aux résidents. 		
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'établissement remplit les conditions réglementaires imposant un espace climatisé ou une pièce rafraîchie. Dans cet établissement, l'accueil de jour et la salle du RDC sont climatisées. Les étages sont équipés de climatiseurs mobiles Il dispose également d'un groupe électrogène pour faire face à une éventuelle défaillance électrique.		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	La mission n'a observé aucune entrave aux déplacements des résidents notamment en fauteuil roulant. La mission a pu consulter le dernier procès-verbal de la commission de sécurité du 09/11/2022 qui a émis un avis favorable assorti de prescriptions.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	L'établissement dispose : De barres d'appui dans les circulations De rails au plafond dans 22 chambres De deux lèves malades par étage		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés..." et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	L'établissement dispose d'un agent technique temps plein salarié. L'établissement a également recours à des prestataires extérieurs.		

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurités				
2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Des barres d'appui sont présentes dans les couloirs. La mission n'a observé aucune entrave aux déplacements des résidents notamment en fauteuil roulant.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	L'entrée de l'établissement est sécurisée au niveau du portillon et du sas. Un système de visio-surveillance est en place (information affichée). Chaque UP est fermée, avec un code différent. Dans les classeurs sur les chariots des unités figure une liste des « résidents avec un risque de fugue », datée de septembre 2023. 10 résidents sont identifiés sur la structure d'après cette liste.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Les systèmes d'appels malades sont installés dans les chambres (poires au niveau du lit). Cependant ce système est remis en question et le directeur a fait part de son souhait de le changer progressivement (déjà 25%) au profit d'un système portatif (bracelets/montres). Les appels sont reportés sur les téléphones des soignantes en affichant les numéros des chambres. Lors d'un appel, si aucune réponse n'est apportée au bout de 8mn, l'appel bascule sur le poste d'une IDE. En cas de non réponse, il rebascule sur le poste de l'IDEC. La traçabilité est assurée par un logiciel.	E21	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

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
3.1.2.0	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 ?	Les projets de vie sont supervisés par la psychologue en lien avec l'IDEC. Le suivi des PAI est centralisé dans un classeur dédié, consulté sur place le jour du contrôle. Il y est notifié, en septembre 2023, 58 PAI actualisés.	E22	L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° 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
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			
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci : dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?	Des réunions d'informations sont formalisées.		
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?			D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes 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 ?	L'organisation des équipes détaillée au point 2.1.4.1 ne fait apparaître aucun temps de chevauchement ni entre les IDE de jour et l'équipe de nuit, ni entre les ASH et l'équipe de nuit.	R6	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 EIR	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	Les familles sont associées dans la prise en charge des résidents avec des temps d'échanges (CVS), la liberté de venir rendre visite et la mise à disposition d'un salon au besoin.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie a été transmise à la mission et n'appelle pas de remarque.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté) 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
3.2.2.2	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 ?	RAS.		
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 ?	Plusieurs dossiers de résidents ne mentionnaient pas de personne de confiance, cependant l'établissement est bien dans cette démarche car certains résidents disposent d'un document dans leur dossier.	R4	L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)

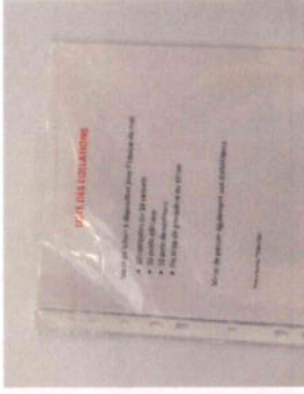
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées 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 ?	Concernant la protection des personnes : - Le directeur a fait connaître à la mission les difficultés qu'il rencontre avec les organismes en charge des résidents sous tutelle. Concernant la protection des biens : - Le règlement de fonctionnement mentionne l'existence d'une caisse où les résidents peuvent déposer leurs effets de valeurs : « La Direction n'est responsable que des objets, valeurs et bijoux déposés à sa caisse sous couvert d'un reçu. » Néanmoins, aucun reçu n'a été observé dans les quelques dossiers consultés.	E23	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, ...)	Il existe un poste d'animateur au sein de l'établissement. Le jour de la visite, ce poste était occupé depuis 1 mois par une AMP, devenue ASG. Cette désignation fait suite à des arrêts maladies de longue durée de l'ancienne animatrice, qui a finalement quitté la structure. L'ASG en poste n'a cependant pas de formation spécifique à l'animation. Par ailleurs le poste d'animateur relevant d'une tarification sur l'hébergement ne peut être financé sur un poste de soignant tel que l'ASG.	E19	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... ?	Il existe une partie spécifique dédiée à l'animation dans le projet d'établissement.		

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0	Vie quotidienne - Hébergement				D312-159-2 CASF (prestation minimales d'hébergement)
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, possibilité d'accueillir de la famille	La mission a pu visiter une chambre vide et vacante. Une personnalisation des chambres est possible.		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	La restauration est internalisée. L'équipe de cuisine se compose de Le cuisinier est actuellement absent et remplacé par arrivé la semaine précédant le contrôle. Il disposait de peu d'informations sur l'organisation. En l'absence du chef, c'est le directeur qui passe les commandes. La mission a visité les locaux de restauration dans la matinée. Un équipement nous a été fourni par l'équipe, qui nettoyait la cuisine. La mission a été informée d'une inspection menée par la DDPP en juin dernier avec une fermeture provisoire de la cuisine dans l'attente de travaux. Cette mesure a été levée. Le ne savait pas s'il existait une commission des menus, il a cependant évoqué que les résidents pouvaient faire des suggestions. Le a précisé qu'il n'y avait pas eu de commission des menus en 2022 mais qu'elle est prévue en novembre 2023. C'est une diététicienne de du qui réalise les menus.	R5	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les horaires de repas sont les suivants : - Petit-déjeuner : à partir de 7h30 - Déjeuner : 11h30 en étage, 12h en salle - Goûter : 15h30 - Dîner : 17h30 en étage, 18h en salle Une collation est proposée la nuit aux résidents à la demande (une liste est présente en cuisine, mentionnant les stocks à laisser à disposition de l'équipe de nuit). 		D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ? Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	Il existe des protocole et planning dans chaque classeur à disposition des salariés sur les chariots de soin. Les commandes de stocks sont réalisées par l'IDEC, tous les 15 jours, sans limitation.		

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes Groupements hospitaliers de territoire (GHT)			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ? La structure a-t-elle passé des conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour ?	L'établissement dispose d'un partenariat avec : - Le GHEM et le CH de Gonesse - EMSP - L'officine de ville pour les médicaments		L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	L'établissement a-t-il des conventions avec : * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de gériatrie-psychiatrie * un SSIAD * une HAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres Quelles sont les modalités d'interventions et sont-elles effectives ? L'établissement est-il partie prenante dans un réseau gériatrique ?	Oui cf. supra		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 relative à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	Officine de ville.		L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

E1 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément au contenu réglementaire, l'afficher et transmettre la version actualisée.

E2 : Transmettre le procès-verbal, daté et signé, du Conseil de la vie Sociale (CVS) actant la présentation du projet d'établissement 2022-2027 aux représentant des familles, des résidents et du personnel.

E3 : L'EHPAD inspecté ne dispose d'aucune autorisation administrative pour exercer une activité dite « PASA ». En conséquence, il est demandé au gestionnaire de procéder immédiatement à la suppression de la mention d'une activité du PASA dans la signalétique de l'établissement, dans le livret d'accueil, dans le contrat de séjour, et dans tous moyens de communication extérieur (site internet par exemple) afin d'éviter une information trompeuse à destination des usagers et des familles.
Communiquer auprès des résidents, des familles et des membres du CVS sur l'absence de cette activité dans l'établissement et transmettre à la mission d'inspection un écrit.

E4 : Transmettre le contrat, le diplôme et la fiche de poste de l'adjointe de direction.

E5 : Mettre à jour la fiche de poste du directeur de l'établissement en le personnalisant aux missions spécifiques de l'EHPAD inspecté et transmettre une copie.

E6 : Mettre à jour l'organigramme en mentionnant les ETP et en positionnant hiérarchiquement le poste de la psychologie conformément à sa fiche de poste.
Mettre à jour le livret d'accueil.
Transmettre une copie des documents (organigramme et livret d'accueil) ainsi qu'une photographie de son affichage au sein de l'établissement.

E7 : Mettre en place une procédure formalisée de gestion des astreintes en particulier pour l'astreinte médicale, notamment la nuit. Diffuser la procédure à l'ensemble du personnel avec une formation de sensibilisation.
Transmettre les éléments de preuve.

E8 : Transmettre la fiche de poste de l'IDEC.

E9 : L'établissement doit se mettre en conformité avec le temps de présence du médecin coordonnateur fixé par la réglementation en complétant le temps existant pour parvenir à 0.60 ETP.
Transmettre les éléments de preuve de la mise en conformité à la réglementation.

E10 : Transmettre la liste des résidents, à jour, avec la mention pour chacun d'eux des coordonnées du médecin traitant (nom prénom). En l'absence de médecin traitant, indiquer les modalités alternatives de prise en charge.

E11 : Transmettre un document formalisé, signé et nominatif sur l'engagement des référents sur leur thématique.

E12 : Transmettre une copie du PACQ de l'établissement.

E13 : Transmettre une preuve de la communication du rapport d'évaluation aux autorités compétentes.

E14 : Inscrire la politique de la bientraitance dans le livret d'accueil et mettre en place un groupe d'analyse des pratiques et de retour d'expérience. Transmettre les éléments de preuve.

E15 : Communiquer le plan d'action correctrices portant sur les items de l'enquête de satisfaction 2023 n'ayant pas donné satisfaction et l'inscrire à l'ordre du jour du prochain CVS. Transmettre le compte rendu du CVS.

E16 : Mettre en place un support (type classeur par exemple) accessible à l'ensemble du personnel présentant la procédure de déclaration des EI, des EIG et des signalements ainsi que les plans d'action correctrices. Formaliser le recueil et le suivi des EI.
Déclarer systématiquement les EIG dans les meilleurs délais aux autorités compétentes. Faire connaître la procédure de signalement des EIG à l'ensemble du personnel de l'établissement. Intégrer à la procédure de signalement les situations de violences ou de harcèlements sexuels. Mettre en place un outil de suivi. Transmettre les éléments de preuve.

E17 : Diplômer le personnel faisant fonction de soignant en l'inscrivant dans une démarche de qualification professionnelle (VAE) et transmettre les attestations d'inscriptions ainsi que le plan de qualification 2024.

E18 : Réajuster à la hausse le nombre d'ASH et d'IDE compte tenu de la faiblesse de ces deux ratios et au regard du profil des résidents accueillis dans l'EHPAD (248 PMP et 815 GMP). Transmettre un tableau des effectifs à jour pour attester de la mise en œuvre de la prescription en y joignant les contrats de travail des nouveaux recrutements.

E19 : Clarifier la fonction d'animateur occupée le jour de l'inspection par un soignant. Transmettre les éléments d'éclairage et de qualification requise.

E20 : Procéder aux travaux visant à garantir la sécurité des résidents et transmettre les éléments de preuve.

E21 : Poursuivre le déploiement du nouveau dispositif d'appel malade et transmettre un état récapitulatif des résidents bénéficiaires.

E22 : Transmettre un état récapitulatif des projets de vie personnalisés pour l'ensemble des résidents avec la date d'actualisation.

E23 : Clarifier la procédure de gestion des objets de valeurs et transmettre les éléments d'explication.

E24 : S'assurer d'organiser à minima 3 CVS par an et de veiller à ce que les compte-rendu et PV soient systématiquement datés et signés par le président du CVS. Transmettre les derniers PV aux autorités de contrôle.

E25 : Procéder aux affichages des documents obligatoires au sein de l'établissement et transmettre une photographie.

Remarques

R1 : Tenir à jour le planning du personnel.

R2 : Transmettre la procédure formalisée d'accueil et d'accompagnement des nouveaux professionnels.

R3 : Mettre à jour l'ensemble des dossiers des résidents avec les éléments réglementaires.

R4 : Systématiser l'information la recherche et la désignation d'une personne de confiance (ou de son refus par le résident).

R5 : Veiller à recueillir les souhaits et remarques des résidents concernant la restauration et à proposer des menus de substitution.

R6 : Prévoir dans les plannings un temps de chevauchement entre l'équipe de jour et de nuit pour permettre la transmission orale des informations. Rendre accessible le contenu des transmissions à l'ensemble du personnel (en veillant à la protection des données confidentielles, sensibles et/ou médicales)

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Les Pensées » a été réalisée de manière inopinée le 27 octobre 2023.

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

GOUVERNANCE

Conformité aux conditions de l'autorisation

- L'établissement assure une publicité pour une activité de PASA non autorisée.

Management et Stratégie

- Le temps d'exercice du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.
- Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.
- L'organigramme n'est pas à jour.
- La fiche de poste du directeur n'est pas à jour au regard des missions exercées.
- La procédure de gestion des astreintes en particulier pour l'astreinte médicale, notamment la nuit, n'est pas formalisée.
- L'existence d'un médecin traitant pour chaque résident n'est pas vérifiable.
- L'affichage des documents et informations obligatoires n'est pas respecté.

Gestion de la qualité

- L'existence du Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'est pas vérifiable.
- La désignation des référents qualité n'est pas formalisée.
- L'analyse des pratiques et le retour d'expérience ne sont pas vérifiables.
- Les mesures correctrices de l'enquête de satisfaction 2023 ne sont pas connues.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

- La procédure de déclaration et de signalement des EI et des EIG doit être formalisée et connue de l'ensemble du personnel.
- Le livret d'accueil ne mentionne pas la politique de bientraitance.

FONCTIONS SUPPORT

Gestion des ressources humaines

- Le ratio d'encadrement du personnel infirmier et hôtelier est faible.
- Du personnel non soignant et non-diplômé exerce sur le champ du soin.
- La fonction d'animateur, relevant de l'hébergement, est exercée par un soignant.

Gestion d'information

- Le dossier des résidents n'est pas à jour des éléments réglementaires.

Sécurités

- Plusieurs petits travaux de réfection sont nécessaires pour garantir la sécurité des résidents.
- Le déploiement du nouveau dispositif d'appel malade n'est pas totalement effectif.

PRISE EN CHARGE

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

- Le projet de vie personnalisée n'est pas à jour pour l'ensemble des résidents.
- Le planning du personnel n'indique pas de temps de chevauchement entre l'équipe de jour et de nuit pour garantir les transmissions orales.

Respect des droits des personnes

- L'ensemble des résidents ne dispose pas ou n'a pas connaissance de la désignation d'une personne de confiance.
- La procédure de gestion des objets de valeurs doit être clarifiée.
- L'organisation du Conseil de la vie sociale de l'établissement ne respecte pas l'ensemble des dispositions du CASF.

Vie quotidienne – Hébergement

- Le recueil des souhaits et remarques des résidents sur la restauration doit être systématiser.

Ces constats, qui ont déjà été communiqués oralement lors de l'entretien avec le directeur, à l'issue de la journée d'inspection du 27 octobre 2023, nécessitent des actions de correction dans les plus brefs délais.

Cergy, le 14 juin 2024

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Coordonnateur de la mission d'inspection Agence régionale de santé	Chargée de mission qualité et contrôle des ESSMS Département du Val-d'Oise
	Adjointe à la cheffe de service personnes âgées et domicile Département du Val-d'Oise

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission



Délégation départementale du Val-d'Oise

inspecteur, désigné par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise ;

Département du Val-d'Oise

chargée de mission, désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise ;

chargée de mission, désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise ;

chargée de mission qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;

adjointe au chef de service, secteur personnes âgées et domicile, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;

Cergy, le 18 OCT. 2023

Mesdames, Monsieur,

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

Les effets attendus du plan sont les suivants :

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

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 « Les Pensées » et situé à Argenteuil (FINESS ET N° 95 080 249 6) a été inscrit dans la programmation 2023 de ces contrôles.

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

- La Gouvernance : conformité aux conditions d'autorisation, management et stratégie, animation et fonctionnement des instances, pilotage de la démarche qualité et gestion des risques ;
- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La prise en charge des résidents : organisation de la prise en charge, respect des droits des personnes, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne-hébergement.

16 avenue des Béguines
95800 Cergy
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 et le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) sera composée :

Pour sa composante ARS :

- Inspecteur, désigné par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise ;
- chargée de mission, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP, délégation départementale du Val d'Oise ;
- chargée de mission, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP, délégation départementale du Val d'Oise ;

Pour sa composante Conseil départemental du Val d'Oise :

- chargée de mission qualité et contrôle des ESSMS, Service qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;
- adjointe au chef de service, Secteur personnes âgées et domicile, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val d'Oise ;

L'inspection aura lieu à compter du 27 octobre 2023 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP), de manière inopinée ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur place 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 de l'établissement. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à son attention.

Le 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

Le Directeur Général Adjoint chargé de la
Solidarité du Conseil départemental du Val d'Oise
et par délégation

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 ».

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

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE

EHPAD Les Pensées
Inspection du 27 octobre 2023

**Liste des documents à fournir immédiatement
en 3 exemplaires**

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

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

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations / Document remis ou consulté (oui/non/n'existe pas)
7	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel) du mois en cours.	Copie	Oui
8	Extraction des pointages de présence des salariés du jour et de la nuit (veille)	Copie	Oui
9	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes claires	Copie	Oui
10	Tableau de suivi des projets de vie.	Copie (photo)	Oui
11	Dossiers des résidents et projets de vie.	Consultation	Oui
12	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	Consultation	Oui
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Oui
14	Classeurs 2021-2022-2023 des Réclamations et des EIG	Consultation + Copie	Le document était vide
15	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents.	Consultation + Copie	Le document était vide
16	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires.	Copie	Oui
17	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours)	Copie	Non
18	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée.	Copie	Non
19	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection.	Copie	Non
20	Les registres des délégués du personnel.	Copie	Oui
21	Les cahiers des Délégués du personnel.	Consultation	Oui

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

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
22	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	Copie	Oui
23	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	Copie	Oui
24	Fiches de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC, du psychologue, des soignants et de l'animateur.	Copie	Oui
25	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie	Oui
26	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Copie	Oui
27	Planning des astreintes et procédure.	Copie	N'existe pas
28	Projet d'établissement et Projet de soins.	Copie	Oui
29	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	Copie	Oui
30	Projet d'animation.	Copie	Oui Compris dans le projet d'établissement
31	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel et non PDF) du mois en cours. Etat des effectifs sur le mois en cours (nature du contrat, fonction, type de contrat, temps partiel/temps plein) Taux d'absentéisme de 2018 à 2022.	Copie	Oui Taux d'absentéisme transmis pour les périodes de 2020 à 2022
32	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes.	Copie	Oui
33	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies.	Copie	Oui
34	Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit.	Copie	Oui
35	Les fiches de tâches heurées des ASH.	Copie	Oui
36	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT.	Copie	Oui
37	Programme d'animation pour les deux derniers mois.	Copie	Oui
38	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction.	Copie	Oui
39	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022 et 2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD.	Copie	Non
40	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie	Oui
41	CR des réunions du CVS/2021, 2022, 2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles.	Copie	Oui
42	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel.	Copie	Oui
43	Date des réunions d'équipes + liste émargement.	Copie	Oui
44	Plan d'amélioration continue de la qualité.	Copie	Non
45	Fiches de poste ASH.	Copie	Oui
46	CR des réunions avec les familles 2023.	Copie	N'existe pas
47	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).	Copie	En cours de construction
48	Règlement intérieur (salariés)	Copie	Oui

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

- Le directeur de l'établissement
- L'adjointe de direction
- Membres du CVS (Président et suppléant)
- 1 agent de la restauration (chef cuisinier)
- 1 agent de service hospitalier (ASH)
- 1 agent de service hospitalier (ASH) faisant fonction de soignant
- 1 agent auxiliaire de vie faisant fonction de soignant
- 1 Aide-soignante diplômé (AS)