

Délégation Départementale du Val d'Oise

Conseil départemental du Val d'Oise

| | |
|--|--|
| <p align="center">Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Résidence Rachel » Adresse : 7 rue de Boissy – Saint Leu La Forêt N° FINESS : 950805978</p> | |
| <p align="center"><u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° ° 2022_00281 Contrôle sur place le 12/12/2022</p> | |
| <p><u>Mission conduite par</u></p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p><u>Accompagnée par</u></p> <p>—</p> <p>—</p> | |
| <p><u>Textes de référence</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique - Article L.1435-7 du Code de la santé publique - Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles |

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Synthèse | 4 |
| Introduction | 5 |
| Contexte de la mission d'inspection | 5 |
| Modalités de mise en œuvre | 5 |
| Présentation de l'établissement | 5 |
| Constats | 6 |
| Gouvernance | 7 |
| Conformité aux conditions de l'autorisation | 7 |
| Management et Stratégie | 8 |
| Animation et fonctionnement des instances | 16 |
| Gestion de la qualité | 16 |
| Gestion des risques, des crises et des événements indésirables | 19 |
| Fonctions support | 25 |
| Gestion des ressources humaines | 21 |
| Récapitulatif des écarts et des remarques | 31 |
| Écarts | 26 |
| Remarques | 27 |
| Conclusion | 28 |
| Glossaire | 29 |
| Annexes | 30 |
| Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle | 30 |
| Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis | 32 |

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Résidence Rachel », situé à Saint-Leu-La-Forêt, n° FINESS 950805978, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque élevé.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 12 décembre 2022, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental du Val d'Oise. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes:

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 7 Rue de Boissy, 95320 Saint-Leu-la-Forêt, l'EHPAD Résidence Rachel est géré par la holding SNC2H située à Saint Leu La Foret. Ouvert en 1987, l'EHPAD Résidence Rachel dispose de 74 places en hébergement permanent. Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon l'ERRD 2021, le GMP s'élève à 715 et le PMP à 1761. Aussi, les données de l'EHPAD sont en dessous des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 62 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

| | | | | | |
|------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| EHPAD 2021 | 11% | 30% | 8% | 13% | 0% |
| IDF ² | 18% | 40% | 18% | 17% | 7% |

Le CPOM a été signé le 21/12/18, avec une date d'effet au 01/01/2019.

Constats

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

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

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

I. Gouvernance

A) Conformité aux conditions de l'autorisation

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|--|---|---------|---|
| 1.1.1.0 | Régime juridique Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement. À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique | | | | |
| 1.1.1.1 | Statut juridique | Quels est le statut juridique de la structure? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG. | La résidence Rachel est un EHPAD privé à but lucratif géré par une société holding SNC 2H qui comprend deux sociétés par action simplifiée (SAS) chargées, d'une part, de l'EHPAD résidence Rachel et, d'autre part, de l'EHPAD les Charmilles. Il s'agit à l'origine d'une structure familiale. | | L313-1, 4ème alinéa du CASF |
| 1.1.1.2 | 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% ? | Le jour de la visite, il y avait 63 résidents pour une capacité autorisée de 74, soit un taux d'occupation de 85%. Le gestionnaire a toutefois soulevé que la capacité installée est en réalité de 70 lits, dans la mesure où des chambres doubles sont supprimées. A terme, le gestionnaire ne souhaite conserver que 4 chambres doubles, et équiper l'ensemble des chambres simples de salles de bain individuelles, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Des travaux étaient en cours le jour de la visite pour la construction d'un étage supplémentaire qui ne sera composé que de chambres simples avec salle de bain. L'Agence régionale de santé et le Département n'ont pas été informées de l'avancement des travaux. | E01 | L313-1 alinéa 4 du CASF (L313-4 CASF R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (D313-15 CASF & R 332-1 CASF D312-155-0-1 CASF D312-155-0-2 CASF D312-8 et -9 CASF |
| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
| 1.1.2.0 | Principaux objectifs du contrôle : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes | | | | |
| 1.1.2.2 | Les activités proposées | La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ? | Absence de PASA et d'UHR. | SO | Art. D312-155-0-1 Art. D312-155-0-2 RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM-13/12/2016) |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Personnes accueillies 1.1.3.0 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 | caractéristiques / protection juridique | 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, 63 résidents sont présents. | | D313-15 du CASF Art. D312-158, 2° (6° du CASF) |

B) Management et Stratégie

Le climat social est apparu serein et apaisé découlant d'un management bienveillant et d'un réel investissement des professionnels.

Néanmoins, le projet d'établissement n'est pas à jour. Il est noté également l'absence de référent qualité. De plus, l'établissement se caractérise par une l'absence de formalisation de nombreux processus et protocoles. Cette situation est de nature à fragiliser le fonctionnement de l'établissement.

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|--|--|---|---------|-----------------------------|
| 1.2.1.0 | Fonctionnement global de la structure 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 | Règlement de fonctionnement | Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ? | Le règlement de fonctionnement a bien été transmis à la mission. La mission n'a pu constater son affichage au sein de l'établissement. | E02 | L311-7 CASF R311-34 CASF |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---------------------------------------|---|--|---------|------------------|
| 1.2.1.2 | Règlement de fonctionnement / contenu | <p>Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. | <p>Les dispositions obligatoires du règlement de fonctionnement sont présentes et conformes à la réglementation.</p> | | R.311-35 du CASF |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|--|--|---------|---|
| 1.2.1.4 | Le projet d'établissement / Tous les 5 ans | Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en court de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS et au CD ? | La direction de l'EHPAD a signalé oralement à la mission qu'il existe un projet d'établissement (PE) datant de 2017, arrivant à échéance en 2022. Cependant ce document n'a pas été transmis. La mission a reçu un PE de 2007 arrivant à échéance en 2012. | E03 | Art.311-8 du CASF D311-38 du CASF D312-160 CASF R314-88 1° du CASF |
| 1.2.2.0 | Pilote de la structure <u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial et social | | | | |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|-------------------------------------|--|--|---------|---|
| 1.2.1.5 | Le projet d'établissement / Contenu | <p>Le projet d'établissement doit contenir les volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. | La mission a reçu un PE de 2007 arrivant à échéance en 2012. Le PE n'étant pas à jour, il n'a pas été analysé par la mission. | Cf.E03 | <p>L311-8 du CASF L315-17 et D312-176-5 CASF</p> <p>D311-38 du CASF</p> <p>R314-88, I, 1° du CASF</p> <p>D312-158, 1° du CASF</p> <p>RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS"</p> <p>Anesm-HAS</p> |
| 1.2.1.6 | Gestion des risques / Plan Bleu | <p>Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?</p> <p>Ce plan contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité | <p>La procédure relative au plan bleu n'a pas été transmise à la mission.</p> <p>Seul un tableau de personne à contacter en cas de déclenchement d'un plan bleu a été transmis à la mission.</p> | E04 | <p>L.311-3 du CASF</p> <p>D312-160 CASF</p> <p>D312-155-4-1</p> <p>Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.</p> |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|---|---------|--|
| 1.2.2.1 | Organigramme | 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 ? | L'organigramme transmis à la mission est à jour et traduit les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il est prévu une actualisation de l'organigramme suite à la réintégration des effectifs hôteliers en janvier 2023. | | L315-17 et D 312-176-5 CASF Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF D312-155-0 du CASF L312-1, II, 4° CASF HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008 |
| 1.2.2.2 | Réunion d'équipe institutionnelle | A quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ? | Des réunions de direction (CODIR) sont mises en place mensuellement. La direction de l'EHPAD résidence Rachel et celle de l'EHPAD Les Charmilles y participent ainsi que le gestionnaire. Aucun compte-rendu de réunions de direction ou de service n'a été transmis à la mission. Cette absence de traçabilité ne permet pas un suivi optimal du pilotage de l'établissement. | R01 | |
| 1.2.2.3 | Qualité du climat social | Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats... | Le climat social au sein de l'établissement apparaît serein. La mission n'a pas constaté de signe de conflit entre la direction et les salariés. Le taux d'absentéisme est faible. En 2022, ce taux est de D'après les éléments recueillis par la mission, l'établissement ne compte aucun contentieux aux prud'hommes. | | L311-3 3° CASF |
| 1.2.2.5 | Direction / directeur / relation gestionnaire | Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-il une modalité de contact en urgence ? | Le gestionnaire est particulièrement présent au sein de l'établissement et assure l'astreinte lors des absences de la directrice (procédure d'astreinte non formalisée). La relation entre la directrice et le gestionnaire est décrite comme fluide. Le CODIR a lieu une fois par mois en présence du gestionnaire, mais aucun compte-rendu n'est réalisé. | | D312-176-5 CASF |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|--|---------|---|
| 1.2.2.6 | Direction / directeur / fiche missions / fiche de poste / contrat | <p>Date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ?</p> <p>Quel est le champ de compétences du directeur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite de la définition et de la mise en oeuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. | <p>Une directrice est en poste au sein de l'établissement depuis 1989</p> <p>Le poste de directeur représente 1 ETP. La directrice exerce uniquement dans cet établissement.</p> <p>La directrice dispose d'une fiche de poste et un DUD daté de 2011.</p> | | L315-17 du CASF et D312-176-5 du CASF |
| 1.2.2.7 | Direction / directeur / qualification diplôme | Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ? | Le niveau de qualification de la directrice n'est pas réglementaire. | E05 | <p>D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur)</p> <p>D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur)</p> <p>D312-176-10 (ets publics communaux)</p> <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)</p> |

| FIGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|----------|---|---|---|---------|--|
| 1.2.2.8 | Direction / équipe de direction / missions | 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 ? | Il n'existe pas de procédure organisant la continuité de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD. La procédure d'astreinte n'est pas formalisée. La directrice est constamment joignable. | R02 | |
| 1.2.2.9 | Direction / astreinte de direction / permanence / absence | 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 direction était présente le jour de l'inspection. En cas d'absence de la directrice, le gestionnaire prend la direction de l'établissement. La procédure semble connue des employés mais ne fait l'objet d'aucune formalisation. | Cf.R02 | |
| 1.2.2.12 | IDEC / Qualification / présence | L'EHPAD dispose- t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ? | L'EHPAD dispose d'1 ETP IDEC. La mission n'a pas reçu le diplôme de l'IDEC. | E06 | RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD |
| 1.2.2.14 | MedCo / présence / ETP | Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le Medco assure-t- il des astreintes médicales ? Modalités ? | Le jour de la mission d'inspection l'établissement disposait d'un médecin coordonnateur. Néanmoins, la direction a précisé que le MEDCO était proche de la retraite. Son remplacement est en cours et subordonné aux contraintes de recrutement actuelles. La directrice a entrepris les démarches de recrutement du médecin coordonnateur déjà en poste à l'EHPAD les Charmilles du même groupe gestionnaire. | R03 | D312-156 du CASF (ETP MedCo) |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|----------|---|--|--|---------|--|
| 1.2.2.15 | MedCo / Qualification | <p>Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie. | La mission n'a pas reçu le diplôme du MEDCO. | Cf.E06 | <p>D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du Medco)</p> <p>décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)</p> |
| 1.2.3.5 | Communication interne / Affichage espace commun | <p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA. | La mission n'a pu constater l'affichage du règlement au sein de l'établissement. | Cf.E02 | <p>L. 311-4 CASF</p> <p>R.311-34 CASF</p> |

C) Animation et fonctionnement des instances

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|--|--|---|---------|---|
| 1.3.3.0 | Conseil de vie sociale ou autres formes de participation des usagers | | | | D311-3 à 32-1 CASF (CVS) |
| | <u>Principaux objectifs du contrôle</u> : vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes L'inspecté a transmis à la mission les coordonnées des membres du CVS. | | | | |
| 1.3.3.1 | Le Conseil de vie sociale | Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque années ? Qui est chargé de rédiger les compte-rendus ? | Le CVS est en place au sein de l'établissement et se réunit régulièrement. Il a été renouvelé en 2022. D'après les documents transmis par l'inspecté, la composition du CVS est conforme à la réglementation. Il est composé du président gestionnaire, d'un représentant des résidents, d'un représentant des familles et d'un représentant du personnel. L'ordre du jour n'est pas transmis 15 jours en amont. Un seul compte rendu du CVS a été transmis à la mission. Ce compte rendu date du 04 décembre 2021. D'après les entretiens menés, il n'y a pas de comptes rendus réalisés à chaque CVS. | E07 | D311-4 CASF D311-5 CASF D311-6 CASF D311-8 CASF D311-9 CASF D311-12 et -13 CASF D311-15 CASF D311-16 CASF D311-20 CASF |
| 1.3.3.2 | CVS informé des EI et dysfonctionnement | Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ? | D'après l'unique compte-rendu reçu et les entretiens menés le jour de l'inspection, les membres du CVS sont informés des dysfonctionnements de l'établissement. | | R331-10 CASF |

D) Gestion de la qualité

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|--|----------|-------------|---------|-----------|
| 1.4.1.0 | Démarche d'amélioration 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 | | | | |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|--|---------|--|
| 1.4.1.1 | Démarche d'amélioration de la qualité / Professionnels Référent (qualité, médicament, hygiène, commande, pansement, ...) | 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 ? | Aucun référent qualité n'a été désigné. Un poste de référent qualité est prévu dans le cadre du CPOM mais non désigné à ce jour. | R04 | HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018 |
| 1.4.1.3 | Démarche d'amélioration de la qualité / Protocole, procédures / urgence | Existe-t-il une mise à jour régulière du système documentaire : procédures, protocoles et documents (formalisés, validés, connus par le personnel, et accessibles) ? Les procédures, recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par les agences nationales de l'évaluation et de qualité des structures (type HAS) ont-elles été utilisées ? | Il n'existe pas de mise à jour régulière du système documentaire. | R05 | |
| 1.4.1.6 | Démarche d'amélioration de la qualité / analyse, évaluation des pratiques | Les prestations effectuées en sous-traitance (lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ? | Le service de lingerie est assuré par un prestataire extérieur qui intégrera les effectifs de l'établissement en 2023. Le poste de gouvernante sera notamment mutualisé avec l'EHPAD Les Charmilles. Le service de restauration a été réinternalisé l'été dernier afin d'avoir un meilleur contrôle sur la qualité des repas. | | |
| 1.4.1.7 | Démarche d'amélioration de la qualité / plan d'action | 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 ? | La direction indique qu'il existe un plan d'action qualité, la mission n'a pas constaté la présence d'un COPIL qualité. | E08 | L312-8 CASF |
| 1.4.2.0 | Evaluation et certifications Principaux objectifs du contrôle : vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : Juridique | | | | |
| 1.4.3.0 | Politique de la promotion de la bientraitance 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 | | | | |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|---|---------|--|
| 1.4.3.1 | Maltraitance / prévention / promotion ... bienveillance / affichage numéro maltraitance 3977 | Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bienveillance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bienveillance 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...) - 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 ? Existe-t-il un référent bienveillance ? Est-il formé aux questions de harcèlement ? | Il existe un plan de formation formalisé. Une formation « bienveillance » est mise en œuvre tous les 2/3 mois. D'après les éléments reçus, il n'existe pas de référent bienveillance au sein de l'établissement. | R06 | L119-1 CASF L311-3, 1° CASF Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bienveillance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bienveillance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'étabt et rôle de l'encadrement ... », 2008 |
| 1.4.3.2 | Gestion des risques / événement indésirable EI / signalement aux autorités pénales | Quelle est la procédure de repérage et de signalement ? Quelles sont les modalités de repérage et de prévention ? | La procédure de déclaration des événements indésirables (EI) à l'ARS n'est pas formalisée ni connue des professionnels. Cette procédure n'a pas été transmise à la mission. La direction indique que les EI sont déclarés dans le logiciel Les différents entretiens ont permis à la mission de constater que la procédure de signalement n'était pas connue des professionnels. | E09 | Art. 40 du code de procédure Art. 434-3 du code pénal L 331-8-1 CASF Art. 226-14 du code pénal |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|----------------------------|--|---|---------|---|
| 1.4.3.3 | Maltraitance / signalement | 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 acte de maltraitance n'a été porté à la connaissance de la mission. | | L119-1 CASF L.331-8-1 CASF R331-8 CASF arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL L313-24 CASF |

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

La mission a constaté un temps de réaction trop important pour répondre à l'appel malade (quatre minutes).

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|--|---------|---|
| 1.5.2.0 | Evènement indésirable, réclamation, signalement | Principaux objectifs du contrôle : apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes | | | |
| 1.5.1.1 | Démarche d'amélioration de la qualité / satisfaction, plainte, registre des réclamations, | Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? - cahier de doléances 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 ? | <p>D'après la direction, les éléments relatifs aux EIG sont tracés dans le logiciel La mission n'a pas constaté la présence d'un cahier de doléances</p> <p>La dernière enquête de satisfaction menée par la structure date de 2018.</p> <p>D'après les entretiens menés, les difficultés remontées par les familles sont traitées « oralement » sans suivi écrit.</p> | R07 | |
| 1.5.1.3 | Gestion des risques / événement indésirable (EI) / politique de | Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon | La procédure de déclaration des événements indésirables n'est pas formalisée. Une formation des professionnels à la classification / identification des EI n'a pas été | Cf. E09 | L313-24 CASF RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|--|--|---------|---|
| | signalement / procédure protocole / formation | 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 ? | mise en œuvre et n'est pas inscrite dans le plan de formation. En cas d'EI, la directrice cherche une solution avec les autres professionnels mais celle-ci n'est pas formalisée. | | Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 |
| 1.5.1.5 | Coordination / signalement événement indésirable (EI) / Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) | Quelles sont les modalités de suivi, analyses et retex des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ? | Il n'existe pas de RETEX, ni de suivi des EI. | Cf. E09 | L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 R.331-10 CASF R1413-67 à 73 CSP R 1413-79 CSP (HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadré / maltraitance", 2008 |

II. Fonctions support

A) Gestion des ressources humaines

| NFICAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|--|--|---|---------|--|
| | Personnels et qualifications 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 | | | | |
| 2.1.1.0 | | | | | |
| 2.1.1.1 | Effectif prévu / effectif sur site | 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 ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ? | La mission a constaté la présence de personnes faisant fonction. L'interprétation des documents fournis à la mission n'a pas permis d'identifier avec précision le nombre de personnes faisant fonction. | R08 | D312-155-0 du CASF L311-3 1° CASF L311-3 3° L311-8 CASF |
| 2.1.1.4 | Taux d'absentéisme | Quel est le taux d'absentéisme par motifs d'absence ? Combien y a-t-il d'absences inopinées le jour de l'inspection ? | Le taux d'absentéisme est inférieur au taux national. | | taux d'absentéisme national ANAP 2018 : 12,1% |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|---|---------|---|
| 2.1.1.6 | Effectif / Professionnels / contrat de travail / CDI / CDD / Intérim | <p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire, CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p> <p>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p> | <p>La direction a fait part d'une grande stabilité dans les équipes, et d'un très faible turn-over.</p> <p>Un pool de remplacement existe pour les congés notamment, avec des professionnels qui sont déjà intervenus au sein de l'établissement.</p> | | <p>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</p> <p>Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe</p> |
| 2.1.1.7 | Dossier administratif des professionnels / évaluation professionnelle | <p>Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 / feuille de route - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation, - médecine du travail. | <p>Les dossiers existent et sont rangés dans des classeurs.</p> <p>La tenue des dossiers est largement perfectible et doit être plus structurée. Elle ne permet pas de s'assurer de la complétude des documents.</p> | R09 | <p>L133-6 CASF Articles L. 1242-1 et L. 1248 L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel L451-1 CASF 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</p> |

| N°SAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|--|--|---|---------|--|
| 2.1.2.0 | Formation, accompagnement à la mobilité et à la promotion, soutien des professionnels | | | | |
| | <u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial – Social | | | | |
| 2.1.2.1 | Politique et Plan de formation | <p>Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ?</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ?</p> <p>A des formations diplômantes ?</p> <p>Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) ?</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?</p> <p>Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ?</p> <p>Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ?</p> <p>Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?</p> | <p>La direction indique qu'une formation sur la bientraitance a lieu tous les 2 à 3 mois. Le plan de formation est formalisé et suivi par la cadre de santé. Les formations sont mutualisées avec l'EHPAD Les Charmilles.</p> <p>Le document de suivi de formation nominatif 2019 et 2022 a été transmis à la mission.</p> <p>Les plans de formation 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et les prévisions pour 2023 ont été transmis à la mission.</p> <p>Les formations concernent les thèmes suivants : défibrillateur, AMP, circuit du médicament, formation incontinence, ASG, dénutrition, bientraitance, etc.</p> <p>D'après les entretiens menés auprès des professionnels, ils ont pu bénéficier de formation sur l'application des mesures COVID.</p> <p>En revanche, la procédure de déclaration des EI n'est pas connue et les formations à ce sujet n'apparaissent pas dans le plan de formation.</p> | | <p>L313-12-3 CASF</p> <p>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</p> <p>L119-1 CASF</p> <p>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008</p> |

| N°VIGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|------------------------------------|---|--|---------|--|
| 2.1.3.0 | | Pratiques professionnelles, éthique et conditions de travail 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 | | | L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail |
| 2.1.3.1 | Analyse pratiques professionnelles | 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 ? | D'après la direction, des réunions d'équipe sont mises en place. La directrice est disponible en cas de conflit. Les professionnels sont informés de tous les éléments concernant l'établissement. Une réunion de direction est prévue tous les mois. Cette réunion est mutualisée avec l'EHPAD les Charmilles. Ces réunions ne font pas l'objet de compte-rendu ou d'ordre du jour. Des réunions sont prévues tous les 3 mois avec l'ensemble des équipes : AS, animatrice, bureau, etc. En revanche, ces réunions restent informelles sans ordre du jour, ni compte-rendu. Aucune analyse des pratiques ne permettant le questionnement éthique n'est proposée aux salariés. | Cf. R01 | Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS |
| 2.1.4.0 | | Affectation des professionnels 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 Le planning des 3 derniers mois a été transmis à la mission. | | | |
| 2.1.4.1 | Planning / élaboration | Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ? | L'IDEC est chargé de réaliser les plannings et gère les absences du personnel. | | |

| N°IGAS | Item | Question | Observation | Constat | Référence |
|---------|---|---|---|---------|-----------|
| 2.1.4.5 | Analyse des plannings | <p>Comment est organisée la planification des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? <p>Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?</p> <p>Sont-ils conformes aux plannings établis ?</p> | | | |
| 2.1.4.6 | Continuité de fonctionnement / présence effectif | <p>Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?</p> <p>Une personne est-elle identifiée pour le suivi de la présence/absence des professionnels ?</p> <p>Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des professionnels prévus et présents ?</p> | <p>A l'arrivée dans l'établissement, les professionnels signent une feuille d'émargement à l'accueil en précisant l'heure d'arrivée et de départ.</p> <p>Le suivi des présences/absences est réalisé par l'IDEC.</p> <p>Il n'existe pas de logiciel métier.</p> | | |
| 2.1.4.2 | Affectation / fiche de poste / professionnels / contenu | <p>Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...? | <p>Les fiches de poste IDE, directeur, psychologue, infirmier, AMP, AS ont été transmises à la mission.</p> | | |
| 2.1.4.7 | Effective / Continuité de fonctionnement / remplacement | <p>Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?</p> <p>Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?</p> | <p>En cas d'absence d'un professionnel, l'établissement a un pool de professionnel à contacter. Ces personnes ont l'habitude de travailler au sein de la structure.</p> | | |

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

| Numéro | Nature de l'écart | Textes de référence | Item(s) du rapport | Numéros de page(s)° |
|--------|--|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| E01 | Absence d'information des autorités de contrôle et de tarification concernant les travaux en cours. | L313-1 alinéa 4 du CASF | 1.1.1.2 | 7 |
| E02 | Absence d'affichage du règlement de fonctionnement | R.311-34 CASF | 1.2.1.1 1.2.3.5 | 8 15 |
| E03 | Absence de projet d'établissement en cours de validité | L311-8 du CASF | 1.2.1.4 1.2.1.5 | 10 11 |
| E04 | Absence de plan bleu transmis à la mission | D312-160 CASF | 1.2.1.6 | 11 |
| E05 | Absence de diplôme permettant à la directrice d'exercer ses fonctions au sein d'un EHPAD | D312-176-6 du CASF D312-176-7 CASF | 1.2.2.7 | 13 |
| E06 | Absence de transmission du diplôme de l'IDEC et du médecin coordonnateur. | D312-157 CASF | 1.2.2.12 1.2.2.15 | 14 15 |
| E07 | Absence de conformité avec le rythme de réunion du CVS (au moins trois fois par an) et avec les délais inhérents à la transmission de l'ordre du jour. Absence de relevé de conclusions de chaque séance du CVS, signé par le Président et affiché au sein de l'établissement. | D311-16 CASF D311-20 CASF | 1.3.3.1 | 16 |
| E08 | Absence de comité de pilotage de qualité ad hoc, de plan d'amélioration continue de la qualité actualisé et de système documentaire qualité | L312-8 CASF | 1.4.1.7 | 17 |
| E9 | Absence de procédure formalisée de traitement et d'analyse des EI et EIG Absence de transmission simultanée des EI et EIG et des dysfonctionnements éventuels aux autorités de tarification et de contrôle | L 331-8-1 CASF et R331-8 et -9 CASF | 1.4.3.2 1.5.1.5 1.5.1.3 | 18 19 20 |

Remarques

| Numéro | Nature de la remarque | Référence éventuelle | Item(s) du rapport | Numéros de page(s) ^o |
|--------|--|----------------------|--------------------|---------------------------------|
| R01 | Absence de formalisation de compte-rendu de réunion de direction ou de service. | | 1.2.2.2 2.1.3.1 | 12 24 |
| R02 | Absence de procédure organisant la continuité de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD et de diffusion de cette procédure à l'ensemble des professionnels | | 1.2.2.8 1.2.2.9 | 14 14 |
| R03 | Absence de perspectives de recrutement du médecin coordonnateur partant prochainement à la retraite. | | 1.2.2.1.4 | 14 |
| R04 | Absence de référent qualité | | 1.4.1.1 | 17 |
| R05 | Absence de mise à jour régulière du système documentaire | | 1.4.1.3 | 17 |
| R06 | Absence de référent bientraitance clairement identifié comme tel par l'ensemble des professionnels de l'établissement | | 1.4.3.1 | 18 |
| R07 | Absence d'un cahier de doléances disposition des familles et des résidents | | 1.5.1.1 | 19 |
| R08 | Constat de la présence de personnels faisant « fonction de ». L'interprétation des documents fournis à la mission n'a pas permis d'identifier avec précision le nombre de personnes concernées et les perspectives des montées en compétences. | | 2.1.1.1 | 21 |
| R09 | Absence de structuration des dossiers administratifs des professionnels : classification, garantissant une exhaustivité et un accès facile aux éléments des dossiers. | | 2.1.1.7 | 22 |

Conclusion

Le fonctionnement global de l'établissement ainsi que les prestations proposées aux résidents sont dans l'ensemble satisfaisants. L'établissement bénéficie d'un climat apaisé avec un turn over faible.

Le fort investissement des personnels et de la direction permet à l'établissement de proposer un cadre familial rassurant. La communication envers les familles est apparue fluide et bienveillante.

Néanmoins, des fragilités ont pu être constatées. Elles résident, dans une absence de culture de l'écrit, et une rigueur dans la traçabilité des procédures très largement perfectible. En outre, le projet d'établissement est obsolète, ce qui est dommageable pour impulser une dynamique favorable au sein de l'établissement. De plus, la mission a relevé que la directrice ne disposait pas du niveau de qualification requis par la réglementation.

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

Cergy- Pontoise, le

29 AOÛT 2023

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale
du Val d'Oise

Cergy, le 07 DEC. 2022

Monsieur le directeur,

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

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

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

L'EHPAD dénommé « Résidence Rachel » et situé à Saint-leu-la-fôrel (FINESS n° 950805078) a été inscrit dans la programmation 2022 de ces contrôles.

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

- La Gouvernance : conformité aux conditions 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 mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et suivants, L.1435-7, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L.133-2 du CASF et le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) sera composée :

- o Pour sa composante ARS :

13 rue du Landy
93200 Saint-Ouen

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

L'inspection aura lieu sur site le 12 décembre 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP), de manière inopinée, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer et accèdera à l'ensemble des locaux qu'elle jugera utile également de visiter.

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

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

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

¹ 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 sous forme de fichiers, 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. »

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

| N° | Nature du document demandé | Document remis OUI/NON |
|----|---|---------------------------------|
| 1 | Liste nominative des résidents par chambre, avec GIR et bénéficiaires ou non de l'aide sociale présents ce jour | Oui |
| 2 | Organigramme nominatif de l'EHPAD | Oui |
| 3 | Plan des locaux. | Oui |
| 4 | Liste des salariés présents ce jour par unité en précisant le poste occupé et le type de contrat. | Oui |
| 5 | 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, légende (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires | Oui |
| 6 | Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel) du mois en cours | Oui |
| 7 | Extraction des pointages de présence des salariés du jour et de la nuit (veille) | Oui |
| 8 | 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 | Oui |
| 9 | Tableau de programmation et de suivi des projets de vie | Oui |
| 10 | Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition) | Oui |
| 11 | Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant) | Non |
| 12 | 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 | Oui |
| 13 | Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD) | Oui |
| 14 | Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure) | Non |
| 15 | Planning des astreintes et procédure. | Non |
| 16 | Projet d'établissement Projet de soins | Oui Non |
| 17 | Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie... | Oui |
| 18 | Projet global d'animation | Oui |
| 19 | Tableau des ETP du mois en cours | Non |
| 20 | 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. | Oui |
| 21 | Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies | Oui |
| 22 | Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit | Non |
| 23 | Les fiches de tâches heurées des ASH | Non |
| 24 | PV et comptes rendus de CSE, CSSCT | Oui |
| 25 | Programme d'animation pour les deux derniers mois | Oui |
| 26 | Derniers résultats des enquêtes de satisfaction | Oui |
| 27 | Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD | Oui avec des données partielles |
| 28 | Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016) | Non |
| 29 | CR des réunions du CVS/2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles | Non |
| 30 | Tout autre document que les responsables de l'établissement jugent utile de transmettre | Non |