

Délégation départementale du Val d'Oise

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) LE PATIO Adresse 39 rue Jules FERRY – 95360 Montmagny N° FINESS 950807537	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2024_IDF_00073 Contrôle sur place le 25/ 11 /2024	
<u>Mission conduite par</u> – [redacted] inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection ; <u>Accompagné par</u> – [redacted] Responsable du département autonomie de la délégation départementale du Val d'Oise, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ; – [redacted] Adjointe à la responsable du département autonomie de la délégation départementale du Val d'Oise, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ; – [redacted] apprentie, désignée par la directrice départementale de l'agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise.	
<u>Textes de référence</u>	- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique - Article L.1435-7 du Code de la santé publique - Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que *« ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...) ;*
 - *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - *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	15
Gestion de la qualité.....	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	20
Gestion des ressources humaines	20
Récapitulatif des écarts et des remarques	28
Écarts	28
Remarques	29
Conclusion	30
Glossaire.....	31
Annexes	32
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	32
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.	34
Annexe 3 : Liste des personnes reçues en entretien	36

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné.

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

L'inspecté n'a pas transmis l'intégralité des pièces attendues, ce qui a mené à des écarts et remarques en l'absence d'éléments permettant d'attester de la mise en place des mesures.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Sécurités

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 Le Patio, situé à Montmagny n°FINESS ET 950807537, 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 25 novembre 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé par l'ARS, délégation départementale 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

- Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Sécurité

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 79 rue Jules Ferry à Montmagny, l'EHPAD Le Patio est géré par le groupe Mieux Vivre.

L'EHPAD dispose de 66 places en hébergement permanent, 12 places de PASA, 10 places d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour.

12 places sont habilitées à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

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 E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation				
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			
1.1.1.2	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% ?	Au jour de la visite, l'établissement présente un taux d'occupation de [] L'Accueil de jour n'est pas fonctionnel depuis 6 mois du fait de la panne d'un véhicule. Le PASA compte jusqu'à 8 résidents. Ecart : En l'absence de fonctionnement de l'accueil de jour, la file active faible du PASA et le taux d'occupation inférieur à 95% l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L313-1 du CASF	E1	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
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	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	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	La mission n'a pas eu connaissance d'un projet de service spécifique au PASA. Ecart : En l'absence de projet de service spécifique au PASA, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF	E2	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)
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 ?	La liste des résidents transmise par l'inspecté fait mention de 74 noms. 67 disposent de chambres et 7 ne sont pas affiliés à des chambres ce qui pourrait signifier qu'il s'agit de personnes accueillies à l'accueil de jour. 7 résidents sont inscrits en GIR 0 5 résidents présentent un GIR 1 32 résidents présentent un GIR 2 11 résidents présentent un GIR 3 19 résidents présentent un GIR 4. 12 résidents bénéficient d'une mesure de protection.		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'Etablissement, 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 ?	Le règlement de fonctionnement a été transmis à la mission. Les entretiens menés indiquent qu'il est bien remis à chaque professionnel. Il est également annexé au contrat de séjour. Néanmoins, le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'EHPAD. Ecart : En n'affichant pas le règlement de fonctionnement au sein de l'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.	E3	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement ne contient pas les éléments suivants : - les affections, la dépendance, Alzheimer ; - l'organisation des soins ; - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles. Ecart : Le règlement de fonctionnement ne répond pas aux attendus des dispositions des articles R311-35 à R311-37 du CASF.	E4	R.311-35, R.311-36 , R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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'établissement ne dispose pas de projet d'établissement. Il a été transmis à la mission un pré-projet d'établissement 2014-2019 en mode « document de travail ». Ecart : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF	E5	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)
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 ?	Au jour de l'inspection l'établissement ne dispose pas de direction. Le directeur d'un autre EHPAD du groupe assure l'intérim depuis le 2 mai à raison de 5 demi-journées par semaine. L'arrivée d'un nouveau directeur est prévue au 1 ^{er} décembre 2024. Un organigramme a été transmis à la mission. Celui-ci ne détaille pas les ETP de la psychomotricienne et de la psychologue, le pôle médical n'est pas renseigné et les ETP par pôle ne sont pas suffisamment détaillés. Remarque : l'organigramme n'est pas suffisamment détaillé.	R1	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
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPI (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Des CODIR ont lieu une fois par mois, réunissant tous les chefs de service. Un Staff se tient également une fois par mois, équipe/contre-équipe et réunit l'ensemble des professionnels. Des transmissions ont lieu tous les jours à 15h entre le chef d'équipe et ses agents. Les transmissions entre l'équipe de jour et de nuit sont réalisées à 19h45 entre l'AS de nuit et l'IDE. Une fois tous les 6 mois une réunion est organisée avec l'ensemble du personnel.		

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	Le directeur de transition exerce au sein de l'EHPAD depuis le 2 mai 2024. Une lettre de mission signée par les deux parties a été transmise à la mission détaillant les compétences du directeur et précisant les délégations de pouvoir qui lui sont attribuées.		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 ?	Le diplôme du directeur par intérim a été transmis et répond à la réglementation.		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 roulement d'astreinte est organisé entre l'IDEC, le directeur, la secrétaire et l'animatrice.		
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 ?	En cas d'absence du directeur, c'est l'IDEC qui assure la continuité. En l'absence de l'IDEC cette tâche est attribuée à la secrétaire. Aucune procédure formalisée n'a été transmise à la mission. Ni l'IDEC, ni la secrétaire n'ont de délégation. En cas de nécessité de prise de décision, c'est le siège du groupe qui signe les documents.	R2	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Remarque : Aucune procédure n'acte le fait que l'IDEC ou la secrétaire assurent les missions en cas d'absence du directeur.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Etablissement ?	L'inspecté a transmis à la mission la lettre de mission dans laquelle sont indiquées les pouvoirs délégués au directeur. Ce document précise que le directeur dispose de la « délégation de pouvoir pour présider les instances représentatives du personnel et le CVS ». Or, le directeur ou son représentant siège avec voix consultative et n'a pas vocation à présider le CVS. Ecart : En indiquant que le directeur de l'établissement préside le CVS, l'inspecté contrevient aux dispositions de l'article D311-9 du CASF. Une DUD a été transmis à la mission mais ne concerne pas l'EHPAD le Patio. La version transmise est incomplète. Ecart : En ne disposant pas d'une DUD conforme, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 CASF.	E6 E7	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 ?	Le directeur n'a pas pouvoir de subdélégation.		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'EHPAD dispose d'une IDEC qui exerce ses fonctions sur 1 ETP. Elle ne dispose pas de la formation relative à ses fonctions. Remarque : l'IDEC ne dispose pas de formation relative à ses fonctions au sein de l'EHPAD Une fiche de poste a été transmise à la mission. Néanmoins, celle-ci n'est ni datée, ni signée.	R3	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	Remarque : la fiche de poste de l'IDEC n'est ni datée, ni signée, ne permettant pas d'attester que celle-ci a une	R4	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			connaissance exhaustive des missions qui lui sont confiées.		
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 ?	Un médecin coordonnateur exerce au sein de l'EHPAD. Selon l'avenant au contrat de travail initial du 10 novembre 2023, la répartition de son temps de travail est ainsi prévue : - 0.10 ETP médecin coordonnateur sur l'AJ ; - 0.35 ETP médecin coordonnateur sur l'EHPAD ; - 0.15 ETP Médecin Prescripteur. Néanmoins, l'avenant transmis n'est pas signé par le médecin. L'établissement disposant de 66 places d'HP, le temps de médecin coordonnateur devrait être de 0,6 ETP. D'autre part, du fait de la fermeture de l'Accueil de jour depuis plusieurs mois, 0,10 ETP du médecin coordonnateur ne sont donc pas dédiés à l'objet contractuel. Ecart : Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF	E8	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	En l'absence de transmission des diplômes du médecin coordonnateur, et malgré la mention au contrat de travail qu'il est titulaire d'un [] d'EHPAD, la mission n'est pas en capacité d'en attester. Ecart : Les diplômes du médecin coordonnateurs n'ont pas été transmis.	E9	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	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Un contrat de travail en date du 10 novembre 2021 a été transmis. Le contrat et son avenant n'ont pas été signés. Ecart : Absence de signature du contrat de travail du medco et de son avenant.	E10	D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> 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	Un tourniquet a documents est présent à l'accueil de l'EHPAD. Il ne contient pas : - Le règlement de fonctionnement - Les résultats de la dernière enquête de satisfaction Ecart : L'absence de l'affichage du règlement de fonctionnement contrevient à l'article R311-34 du CASF. Remarque : Les affichages sont incomplets.	CF : E3 R5	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 E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	<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			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque années ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Un CVS est mis en place au sein de l'établissement. La dernière élection s'est tenue en 2024. L'élection interne du CVS s'est tenue au CVS du 8 avril. Seuls 2 comptes rendus des CVS du 30/01/2024 et du 8/04/2024 ont été transmis, le second n'étant pas signé et le premier étant signé par le directeur et la présidente. Le président du CVS est une résidente. Ecart : Les comptes rendus des CVS ne sont pas systématiquement signés ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF. En l'absence de transmission des 3 comptes rendus 2024, la mission ne peut constater que celui-ci se réunit bien 3 fois par an. Ecart : En n'organisant par 3 CVS au minimum par an, l'inspecté contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	E11	Veille : actualisation prévue pour le 1er janvier 2023 D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS) Résident/famille> à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informés des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Les comptes rendus des CVS ne font pas état de l'information des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD. Le compte rendu du CVS du 8 avril indique au titre des actions à mettre en place une lecture des plaintes et événements indésirables lors des CVS avec les actions menées de résolution.	E12	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Néanmoins, en l'absence de transmission d'un compte rendu évoquant ces dysfonctionnements la mission n'est pas en mesure de constater la mise en œuvre de cette mesure. Ecart : L'établissement n'informe pas le CVS des EI et dysfonctionnements intervenus au sein de l'établissement ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF	E13	

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité				
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			

1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	L'établissement ne dispose pas de référent qualité mais est appuyé par le responsable qualité au niveau du siège. Remarque : L'établissement ne dispose pas de référent qualité	R6	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 ?	L'établissement dispose d'un PACQ qui a été transmis à la mission.		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
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 ?	L'établissement dispose d'une procédure de promotion de la bientraitance. Les professionnels ont bénéficié de formations bientraitance prodiguées par l'ancienne psychologue. Aucun référent bientraitance n'a été désigné au sein de l'établissement. Des formations bientraitance sont inscrites dans le plan de formation 2023. Ces formations ne sont pas organisées par un formateur agréé mais par la direction, l'IDEC, medco ou la psychologue. En outre, la mission n'a pas pu confirmer que ces formations ont bien eu lieu en l'absence de transmission d'attestations. Ecart : En l'absence de formation bientraitance par un organisme agréé et de nomination d'un référent bientraitance, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	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'étabt et rôle de l'encadrement ... », 2008

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 ?	Les réclamations et plaintes des résidents font l'objet d'une réponse écrite systématique aux familles et une rencontre est proposée. Cependant, lors de la mission d'inspection, le cahier des doléances n'était pas mis à disposition et l'équipe de l'établissement a rencontré des difficultés pour le trouver. Remarque : le cahier des doléances n'est pas disponible dans un lieu accessible.	R7	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Une procédure de signalement des EI a été transmise à la mission. Selon les entretiens menés, une formation à l'utilisation du logiciel et à la déclaration des EI/EIG a été prodiguée.		L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Les EI sont suivis par la direction et le responsable qualité du siège sur la base du logiciel mis en place. 3 CREX sont prévus au sein de l'établissement.		L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration) dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'établissement et rôle de l'encadrement / 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 faits sont systématiquement signalés aux autorités.		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			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP																						
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ?	Les effectifs se répartissent de la manière suivante : <table><thead><tr><th>Profession</th><th>Nombre</th></tr></thead><tbody><tr><td>Directeur</td><td>1</td></tr><tr><td>Directeur adjoint</td><td>1</td></tr><tr><td>Médecin coordonnateur</td><td>1</td></tr><tr><td>Psychologue</td><td>1</td></tr><tr><td>IDEC</td><td>1</td></tr><tr><td>IDE</td><td>4</td></tr><tr><td>AS</td><td>21</td></tr><tr><td>ASH</td><td>13</td></tr><tr><td>Autres professionnels</td><td>7</td></tr><tr><td>Total</td><td>50</td></tr></tbody></table>	Profession	Nombre	Directeur	1	Directeur adjoint	1	Médecin coordonnateur	1	Psychologue	1	IDEC	1	IDE	4	AS	21	ASH	13	Autres professionnels	7	Total	50		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF
		Profession		Nombre																							
Directeur	1																										
Directeur adjoint	1																										
Médecin coordonnateur	1																										
Psychologue	1																										
IDEC	1																										
IDE	4																										
AS	21																										
ASH	13																										
Autres professionnels	7																										
Total	50																										
- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?																											
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaireCDI, 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 ?	L'établissement compte une majorité de CDI. Le recours aux CDD est de l'ordre []		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 ?	Le bilan social indique une ancienné moyenne calculée au 31/10/2024 de 4.73 ans. En septembre 2024, elle est de 4.8 ans. Le turn-over global indiqué par l'établissement es [] en septembre 2024 pour [] en août 2024. Le turn-over CDI est de [] n septembre 2024 alors qu'il n'y en avait pas en août 2024.		L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)																						

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			A noter que l'équipe IDE est très récente : 3 IDE sur les 4 IDE de l'équipe sont arrivées depuis le 01/04/2024. La consolidation de l'équipe est à accompagner sur 2025. Selon les indicateurs produits par l'établissement (bilan social) au 31/10/2024, le taux d'absentéisme est de [] et l'absentéisme L'absentéisme maladie représente [] et l'absentéisme « absences diverses » représente []. L'absentéisme maladie a augmenté entre septembre 2024 et août 2024. Le directeur a indiqué que 2 salariés sont en arrêt maladie longue durée, ce qui est cohérent avec les plannings.		
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	Ne sont pas systématiquement présentes dans les dossiers consultés sur place : la fiche de poste signée par le salarié, la fiche d'emploi, les attestations de formation, inscription à l'Ordre pour les professionnels concernés. Remarque Incomplétude des dossiers administratifs des professionnels, consultés sur place. La mission a également constaté l'absence de recherche systématique du bulletin du casier judiciaire. Ecart : L'absence de recherche systématique du bulletin du casier judiciaire contrevient aux dispositions de l'article L133-6 CASF.	R 8 E15	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...)?	L'établissement indique qu'interviennent en qualité de professionnels/prestataires externes, un médecin traitant, trois kinésithérapeutes, une infirmière. Les diplômes de ces professionnels n'ont pas été transmis.	E16	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
			Ecart L'absence de transmission des diplômes des professionnels/prestataires ainsi que l'inscription à l'ordre contrevient aux dispositions de L312-1 II 4° alinéa CASF.		
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...) Esi-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 ?	Le plan de formation transmis à la mission n'est pas actualisé. Remarque Absence d'actualisation du plan de formation contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	R9	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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	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 ?	La promotion interne par le dispositif de la VAE est encouragée et abordée lors de l'entretien d'évaluation annuel. Le directeur a indiqué que 2 ash faisant fonction sont intégrées dans un processus de VAE.		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont ils accompagné d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	L'établissement indique que les nouveaux arrivants font l'objet d'un accompagnement par un pair.		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.3.0	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			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	L'établissement fait état de temps d'échanges entre professionnels		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes 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 ?			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines		Etablis en avance, les plannings transmis font état d'informations précises.		
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 ?	Concernant l'équipe infirmiers : les plannings transmis indiquent :r certaines journées, les IDE commencent en même temps (difficultés pour les transmissions à l'équipe de nuit) et prennent leur pause en même temps. En septembre 2024, il y a eu une seule IDE pendant 10 jours sur les 30 jours du mois. Concernant l'équipe de soins : les plannings transmis indiquent : Soignants de jour : E par nuit avec organisation en équipe/contre-équipe avec 10 heures de travail effectif par jour (12 heures de présence) : Alternance d'une semaine de travail de 50h(mardi/mercredi/samedi/dimanche/lundi) et d'une semaine de 20h (jeudi/vendredi) horaires : 20h à 08h (avec 30 pause avant et après minuit et 1h pause 0h à 1h). / horaires : 20h à 08h (avec 30 pause avant et après minuit et 1h pause 23h à 0h). Les 2 soignants de nuit arrivent en même temps (20h). Les 2 soignantes arrivent en même temps et prennent leurs pauses en même temps.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Remarque : Insuffisance dans la construction des plannings de temps dédiés à la passation des transmissions entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour. Le jour de l'inspection, l'effectif présent se déclinait ainsi suivant : 1 IDEC ; 2 IDE ; 10 soignants de jour ; 1 soignant de nuit ; 1 psychologue 1 gouvernante . ne sont pas conformes au planning et n'est pas conforme au planning - équipe soignante de nuit : il manque une soignante de nuit. - équipe soignante de jour : il y a une soignante de plus au 1^{er} étage – aile B (3 soignantes au lieu de 2).	R10	
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Les diplômes du personnel intervenant la nuit ou week-end n'ont pas été transmis à la mission.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte....?	Les fiches de poste consultées par la mission ne mentionnent pas explicitement les conduites à tenir, les marges d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu Remarque : Absence dans les fiches de poste d'une mention relative aux conduites à tenir, aux marges d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu	R11	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels	Les éléments permettant d'identifier d'éventuels glissements de tâches et en particuliers les diplômes des aides soignant(e) s n'ont pas été transmis. Ecart : L'absence de transmission des diplômes des aides soignants contrevient aux dispositions de l'article L.4391-1 du CSP et l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS.	E17	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 ?	Les éléments permettant d'identifier la procédure mise en place par l'établissement en cas d'absences prévues et inopinées n'ont pas été communiqués à la mission		
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	Le contenu des dossiers administratifs des résidents consultés sur place par la mission est incomplet Remarque : Incomplétude des dossiers administratifs.	Cf : R8	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.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

- E1 : En l'absence de fonctionnement de l'accueil de jour, la file active faible du PASA et le taux d'occupation inférieur à 95% l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L313-1 du CASF
- E2 : En l'absence de projet de service spécifique au PASA, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF
- E3 : En n'affichant pas le règlement de fonctionnement au sein de l'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.
- E4 : Le règlement de fonctionnement ne répond pas aux attendus des dispositions des articles R311-35 à R311-37 du CASF.
- E5 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF
- E6 : En indiquant que le directeur de l'établissement préside le CVS, l'inspecté contrevient aux dispositions de l'article D311-9 du CASF
- E7 : En ne disposant pas d'une DUD conforme, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 CASF.
- E8 : Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF
- E9 : Les diplômes du médecin coordonnateurs n'ont pas été transmis.
- E10 : Absence de signature du contrat de travail du medco et de son avenant.
- E11 : Les comptes rendus des CVS ne sont pas systématiquement signés ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.
- E12 : En n'organisant par 3 CVS au minimum par an, l'inspecté contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF
- E13 : L'établissement n'informe pas le CVS des EI et dysfonctionnements intervenus au sein de l'établissement ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF
- E14 : En l'absence de formation bientraitance par un organisme agréée et de nomination d'un référent bientraitance, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.
- E15 : L'absence de recherche systématique du bulletin du casier judiciaire contrevient aux dispositions de l'article L133-6 CASF.

E16 : L'absence de transmission des diplômes des professionnels/prestataires ainsi que l'inscription à l'ordre contrevient aux dispositions de L312-1 II 4° alinéa CASF.

E17 : L'absence de transmission des diplômes des aides soignants contrevient aux dispositions de l'article L.4391-1 du CSP et l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS.

Remarques

R1 : L'organigramme n'est pas suffisamment détaillé.

R2 : Aucune procédure n'acte le fait que l'IDEC ou la secrétaire assurent les missions en cas d'absence du directeur.

R3 : L'IDEC ne dispose pas de formation relative à ses fonctions au sein de l'EHPAD.

R4 : La fiche de poste de l'IDEC n'est ni datée, ni signée, ne permettant pas d'attester que celle-ci a une connaissance exhaustive des missions qui lui sont confiées.

R5 : Les affichages sont incomplets.

R6 : L'établissement ne dispose pas de référent qualité.

R7 : le cahier des doléances n'est pas disponible dans un lieu accessible.

R8 : Incomplétude des dossiers administratifs des professionnels, consultés sur place.

R9 : Absence d'actualisation du plan de formation contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

R10 : Insuffisance dans la construction des plannings de temps dédiés à la passation des transmissions entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour.

R11 : Absence dans les fiches de poste d'une mention relative aux conduites à tenir, aux marges d'initiative et limites en cas d'événement inattendu

Conclusion

Le contrôle de l'EHPAD Le Patio , géré par le groupe Mieux Vivre a été réalisé a compter du 25 novembre 2024 sur site et sur pièces à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

- Gouvernance :
 - o Gestion des risques et de la qualité
 - Une procédure de déclaration des EI/EIG est présente et connue au sein de l'établissement.
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - Le ratio d'encadrement est cohérent ;
 - Les effectifs sont stables avec une majorité de CDI.

Elle a également relevé des dysfonctionnements majeurs en matière :

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - L'établissement n'est pas en conformité avec son autorisation, le PASA fonctionnant avec une file active faible et l'accueil de jour étant fermé depuis plusieurs mois ;
 - o Management et Stratégie
 - Les affichages obligatoire ne sont pas tous présents au sein de l'établissement ;
 - Le projet d'établissement est obsolète ;
 - L'animation des instance est à revoir, le CVS n'était pas régulièrement réuni et son règlement indiquant qu'il est présidé par le directeur ;
 - Le directeur ne dispose pas de DUD
 - o Gestion des risques et de la qualité
 - L'établissement ne dispose pas de référent qualité, de référent bientairance et les formations bientraitance ne sont pas prodiguées par un organisme de formation agréé ;
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - Les dossiers des personnels sont incomplets ;
 - Les diplômes des AS n'ont pas été transmis à la mission ;
 - Le plan de formation n'est pas actualisé.

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

Cergy, le

L'inspecteur coordonnateur

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

19 NOV. 2024

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

L'EHPAD dénommé « Le Patio » et situé à Montmagny (FINESS n° 950807537) a été inscrit dans la programmation 2024 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 fonction support : gestion des ressources humaines, sécurité.

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 de :

Immeuble Equinox
16 avenue des Bâguettes
95800 Cergy

L'inspection aura lieu sur site à compter du 25 novembre 2024 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.

La Directrice de la délégation départementale
du Val-d'Oise
de l'Agence régionale de santé Île-de-France

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 mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'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 et par étage, avec GIR et date d'entrée présents ce jour	oui
2	Organigramme nominatif de l'EHPAD	oui
3	Plan des locaux.	oui
4	Tableau de programmation et de suivi des projets de vie	oui
5	Dernière enquête de satisfaction sous sa forme diffusée et résultats ainsi que le mode de diffusion	oui
6	Liste des membres du CVS et 3 derniers comptes rendus	Seuls 2 CR transmis
7	Dossiers administratifs des résidents et projets de vie	Oui
8	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Oui
9	Classeurs 2021-2022-2023 des Réclamations et des EIG	Oui
10	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Oui
11	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires	Oui
12	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	oui

N°	Nature du document demandé	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
13	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	Oui
14	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	Non
15	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	Incomplet
16	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	oui
17	Projet d'établissement	non
18	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	oui
19	Procédure d'admission des résidents	oui
20	Dernier plan de l'amélioration continue de la qualité	oui
21	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	oui
22	Procédures relatives à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance	oui
23	Procédure PAI	oui
24	Planning des deux derniers mois indiquant de manière claire les temps de transmission	oui
25	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	oui
26	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	oui
27	Tout autre document que les responsables de l'établissement jugent utile de transmettre	
28	Grilles d'analyse et tableaux RH transmis par la mission avec les documents de preuve indiqués (diplômes, conventions, fiches de postes, registre du personnel...)	non

Annexe 3 : Liste des personnes reçues en entretien

Le directeur

L'IDEC

La psychologue

Des familles

Des AS