



Le directeur général

**Madame la présidente du Conseil départemental
de l'Oise**

à

**M. le Président du Conseil d'administration
Association « Monsieur Vincent »
9, rue Cler
75007 PARIS**

Réf : D3SE-SDIC-RF
Mission n° 2022_HDF_0068

Lille, le **22 SEP. 2023**

Objet : Mesures définitives suite à l'inspection du 17 mars 2022 de l'EHPAD situé 2 rue de la vallée, 60180 NOGENT SUR OISE

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L 3213-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles dans le cadre du programme 2022 d'inspection de prévention de la maltraitance. Cette inspection a été réalisée le 9 mars 2022 et le rapport d'inspection avec les mesures envisagées vous a été envoyé le

A l'analyse de votre réponse, reçue à l'agence le 24 avril 2023, le rapport d'inspection n'est pas modifié. Vous trouverez en conséquence les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, mesures listées dans le tableau joint en annexe. Le contrôle de leur mise en place sera assuré par mes

collaborateurs du pôle de proximité de l'offre médico-sociale de l'Oise ; ainsi vous voudrez bien leur communiquer les actions prévues et les documents demandés.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que je préside.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans un délai de 2 mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Pour la Présidente du Conseil Départemental
et par délégation,
la directrice de l'autonomie des
Personnes et de la MDPH

Stellina LISMONDE-MERCIER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures définitives.

**Mesures définitives suite à l'inspection du 9 mars 2022
de l' EHPAD St Vincent de Paul à NOGENT (OISE)**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place
<u>Ecart N°1</u> : Les 6 places ALZHEIMER d'hébergement temporaire ont été transformées en places permanentes et l'établissement ne respecte donc pas son agrément.	<u>Prescription n°1</u> : Rétablir les places d'hébergement temporaire, notamment en communiquant auprès des partenaires et du grand public sur leur existence.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire
<u>Ecart n°2</u> : Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à la réglementation.	<u>Prescription n°2</u> : Remettre en place un fonctionnement du CVS conforme à la réglementation.	
<u>Ecart n°3</u> : Le recueil du consentement n'apparaît pas dans le sommaire des pièces à joindre au contrat de séjour ; il n'a pas été retrouvé dans les 2 contrats remis à titre d'exemple.	<u>Prescription n°3</u> : Intégrer le recueil du consentement au sein du contrat de séjour.	
<u>Remarque n°1</u> : Il a été remis à la mission un plan d'amélioration de la qualité sous forme de tableau EXCEL, avec un planning de réalisation de missions mais sans indicateurs mesurant leur réalisation. Le pilotage de la qualité est assuré par le siège associatif et l'établissement mais il demande à être clarifié.	<u>Recommandation n°1</u> : Assurer un pilotage effectif de la démarche qualité au sein de l'établissement, cela doit être notifié dans la fiche de poste de la personne nommée référente ; et les fiches de poste des personnes en charge de la qualité devront également être mises à jour.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque n°2</u> : Aucune valeur cible n'est définie pour les indicateurs devant mesurer la réalisation des objectifs établis sur 5 ans. L'état des lieux du plan d'actions du projet de l'unité de vie protégée ne définit ni indicateurs ni échéance.	<u>Recommandation n°2</u> : Définir des indicateurs mesurant la réalisation des objectifs du projet d'établissement, en particulier pour l'unité de vie protégée.	1 an

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place
<u>Remarque n°3:</u> Le projet de soins (2018-22) ne définit pas l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des résidents requiert, y compris les plans de formation spécifique des personnels.	<u>Recommandation n°3:</u> Intégrer un volet soins palliatifs dans le projet de soins du futur projet d'établissement.	
<u>Remarque n°4 :</u> Il existe un projet pour l'espace bien être mais il ne définit pas clairement les objectifs, l'intégration avec les autres prises en charge notamment dans le cadre du projet individuel.	<u>Recommandation n°4 :</u> Intégrer un volet plus développé sur les soins de bien être dans le projet de soins du futur projet d'établissement.	1 an
<u>Remarque N°5 :</u> L'organigramme fourni le 21 mars par la direction n'est pas à jour.	<u>Recommandation N°5 :</u> Formaliser et communiquer le nouvel organigramme.	
<u>Remarque N° 6:</u> Le document unique de délégation est signé du directeur opérationnel de l'association gestionnaire mais pas de la directrice de l'EHPAD. Il n'est pas complet. L'organisation des subdélégations est formalisée mais elle ne correspond pas aux descriptions données par la direction lors de l'échange.	<u>Recommandation N° 6:</u> Fournir un document de délégation des pouvoirs à jour, complet et signé de la direction.	
<u>Remarque N° 7:</u> La continuité de la fonction de direction n'est pas assurée officiellement, en l'absence de la directrice le jour de l'inspection. Pour autant, il a été constaté que les cadres de l'établissement géraient le fonctionnement de l'établissement en son absence.	<u>Recommandation N° 7:</u> Organiser de façon formelle la continuité de la fonction de direction.	Dès la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque n° 8:</u> L'EHPAD ne communique pas les PV des conseils d'administration, notamment ceux relatifs aux affectations de résultats.	<u>Recommandation n° 8:</u> Communiquer aux autorités de tutelle tout document expliquant les origines des excédents notamment concernant les ressources humaines (tableaux des effectifs des 3 dernières années), des PPI, et les PV des conseils d'administration sur l'affectation des résultats des dernières années.	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place
<u>Remarque n° 9</u> : Les missions de directrice dans la fiche de poste indiquent qu'elle est garante de la qualité des prestations et du pilotage de la politique de bientraitance, et une évaluation de 2014 avait recommandé de mettre en place un comité spécifique mais cela n'a pas été suivi d'effets. La désignation d'un professionnel référent de la bientraitance n'est pas clairement établie.	<u>Recommandation n° 9</u> : Mettre en place en lien avec les résidents et leurs familles une instance en charge de la bientraitance. Un cadre salarié de l'établissement devra être désigné comme référent.	3 mois après clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque n° 10</u> : L'établissement utilise des documents dédiés à la déclaration et à la gestion des EIG en renvoyant à une organisation qui ne lui est pas propre ; il manque notamment des précisions sur les coordonnées des autorités administratives compétentes, conformément à l'article L 331-8-1 du CASF (ARS et département) et l'identité et la fonction des personnes référentes de la gestion des EIG. L'équipe salariée n'a pas bénéficié de formation sur le sujet.	<u>Recommandation n° 10</u> : Actualiser les documents dédiés à la déclaration des EIG en renvoyant à une organisation qui est propre à l'établissement en précisant entre autres les coordonnées des autorités administratives compétentes, conformément à l'article L 331-8-1 du CASF (ARS et département) et l'identité et la fonction des personnes référentes de la gestion des EIG. Une formation de l'équipe salariée à la gestion des EIG sera proposée.	
<u>Remarque N° 11</u> : Le siège met à disposition un process de déclaration d'un événement indésirable à destination des professionnels de l'association. Au cours de la mission, il n'y a pas été fait mention. Dans les échanges, il est remonté des difficultés pour le personnel encadrant de traiter les signaux, qui impliquent une charge administrative.	<u>Recommandation N° 11</u> : Le process établi par le siège pour la déclaration des EIG sera à présenter aux salariés de l'établissement ainsi que les documents s'y rapportant. Une distinction est à faire avec la procédure de collecte des réclamations. Un référent pour le traitement des signaux est à désigner.	
<u>Remarque N°12</u> : La définition et le traitement des événements indésirables et des réclamations identifiés par les équipes manquent de lisibilité, ainsi qu'un processus spécifique de traitement des réclamations orales et écrites des résidents et leurs familles.	<u>Recommandation N°12</u> : Clarifier la définition et le traitement des événements indésirables et des réclamations identifiés par les équipes, et élaborer un processus spécifique de traitement des réclamations orales et écrites des résidents et de leurs familles.	
<u>Remarque N°13</u> : Une partie des protocoles de soins sont non opérationnels car trop généraux et imprécis et non issus d'une réflexion collective pluridisciplinaire.	<u>Recommandation N°13</u> : Revoir les protocoles de soins pour les rendre plus opérationnels en précisant notamment par étape qui fait quoi, en associant les personnels concernés.	Un an après la clôture de la procédure contradictoire

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place
<u>Remarque n°14</u> : Les fiches de poste sont hétérogènes, en partie anciennes et incomplètes sur la forme et le fond.	<u>Recommandation n°14</u> : Actualiser, compléter et homogénéiser les fiches de poste sur la forme et le fond en privilégiant une approche spécifique à l'établissement, y intégrer les fonctions d'évaluation professionnelle et encadrement (IDE sur AS...).	6 mois après la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque N°15</u> : Les fiches de poste d'aide-soignant, autre agent de soin et AMP sont identiques ; les missions et compétences décrites sont les mêmes. Si les personnels entendus n'ont pas fait état de glissement de tâches, le risque est établi.	<u>Recommandation N°15</u> : Formaliser de nouvelles fiches de poste adaptées à la réalité des missions et compétences attendues pour chaque profession.	6 mois après la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque N°16</u> : 22 agents de soins sont en formation sur 35, soit près des 2/3. Les AMP sont les plus représentés parmi les « embauchés ». La capacité à encadrer les stagiaires et à prendre en charge les résidents soulève des questions.	<u>Recommandation N°16</u> : Veiller à maintenir un nombre d'agents en formation cohérent avec les capacités d'encadrement et les charges de soins.	
<u>Remarque N° 17</u> : La mission principale de la psychologue de l'EHPAD est de s'occuper des résidents et des familles, elle n'anime pas de groupe d'échanges de pratiques. Des agents regrettent de ne pas avoir cet espace de parole alors que les conditions de travail ont été et restent éprouvantes particulièrement depuis la crise sanitaire.	<u>Recommandation N° 17</u> : Proposer un dispositif de soutien pour faciliter l'écoute individuelle et les groupes de parole destinés aux agents.	
<u>Remarque n° 18</u> : la procédure d'admission est incomplète et imprécise, ne reflétant pas le processus actuel.	<u>Recommandation n° 18</u> : Actualiser et compléter la procédure d'admission.	3 mois après la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque N°19</u> : Les projets d'accompagnement individuel sont hétérogènes quant au recueil des éléments d'anamnèse, à leur contenu, leur complétude et la qualité des objectifs et actions proposés.	<u>Recommandation N°19</u> : Veiller à la complétude des projets d'accompagnement individuel sur tous les champs requis, à la définition des objectifs et des actions plus détaillées et en cohérence.	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai définitif de mise en place
<u>Remarque N°20</u> : Plusieurs réunions en interne ne donnent pas lieu à compte rendu.	<u>Recommandation N°20</u> : Rédiger des comptes rendus systématiques pour les réunions en interne.	
<u>Remarque N°21</u> : L'administration des médicaments n'est pas tracée.	<u>Recommandation N°21</u> : Tracer l'administration des médicaments dans les dossiers de soins des résidents.	
<u>Remarque N°22</u> : Le protocole de soins palliatifs n'a pas de caractère pratique et opérationnel.	<u>Recommandation N°22</u> : Revoir le protocole de soins palliatifs pour le rendre plus opérationnel et pratique.	3 mois après la clôture de la procédure contradictoire
<u>Remarque N° 23</u> : Les plans de formation n'incluent pas de formation à la prévention du risque suicidaire. La prise en charge et la prévention de la crise suicidaire ne sont pas formalisées.	<u>Recommandation N° 23</u> : Formaliser la prise en charge et la prévention de la crise suicidaire et intégrer la thématique dans les plans de formation.	