

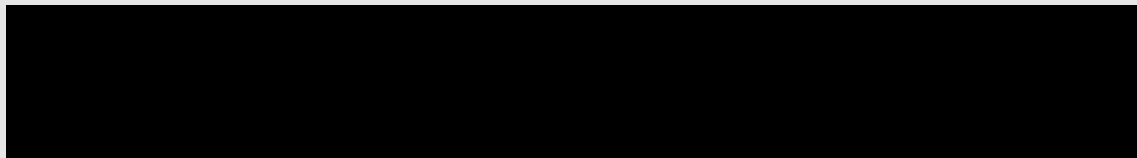
Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé  
Délégation départementale du Val de Marne  
Conseil départemental du Val de Marne

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD)  
Résidence du Vieux Colombier  
sis au 20 avenue de l'Isle, à Villiers-sur-Marne - 94350  
FINESS n° 940809387**

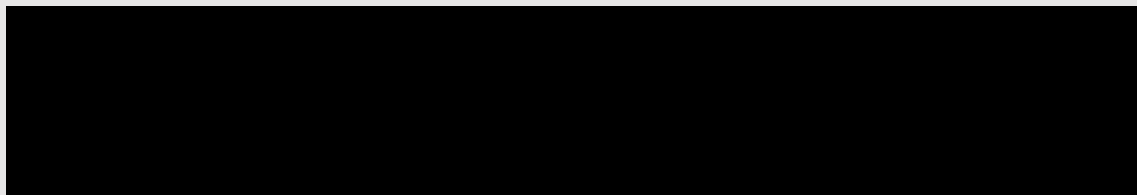
**RAPPORT D'INSPECTION**  
**N° 2025-IDF-00076**  
**Contrôle sur place le 7 avril 2025**

*Pour l'Agence régionale de santé d'Île-de-France*

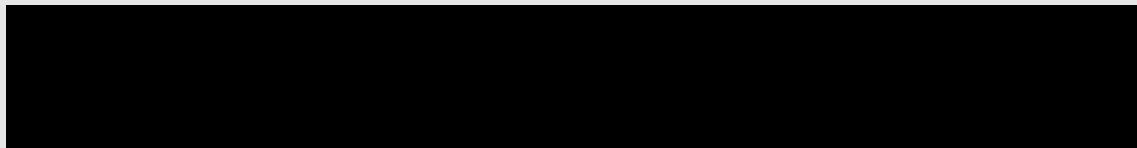
**Mission conduite par :**



**Accompagnée par :**



*Pour le Conseil départemental du Val-de-Marne*



**Textes de référence**

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique  
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 disjoindre, 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**

<b>1</b>	<b>Gouvernance</b>	<b>11</b>
1.1.	Conformité aux conditions de l'autorisation	11
1.2.	Management et Stratégie	13
1.3.	Animation et fonctionnement des instances	23
1.4.	Gestion de la qualité	25
1.5.	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	31
<b>2</b>	<b>Fonctions support</b>	<b>35</b>
2.1.	Gestion des ressources humaines	35
2.2.	Gestion d'information	50
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	54
2.4.	Sécurités	56
<b>3</b>	<b>Prises en charge</b>	<b>60</b>
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	60
3.2.	Respect des droits des personnes	69
3.3.	Vie sociale et relationnelle	72
3.4.	Vie quotidienne. Hébergement	73
3.5.	Soins : L'organisation de la continuité des soins	82
3.6.	Soins : Les moyens pour la prise en charge en soin	85
3.7.	Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier	91
	de soins	91
3.8.	Soins : Le circuit du médicament	93
<b>4</b>	<b>Relations avec l'extérieur</b>	<b>102</b>
4.1.	Coordination avec les autres secteurs	102
<b>5</b>	<b>Récapitulatif des écarts et des remarques</b>	<b>104</b>
5.1.	Écarts	104
5.2.	Remarques	107
<b>6</b>	<b>Conclusion</b>	<b>110</b>
<b>7</b>	<b>Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>	<b>111</b>
<b>8</b>	<b>Annexes</b>	<b>113</b>

# **SYNTHESE**

## **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).

L'établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée le 22 mars 2022, menée conjointement par les équipes de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France (délégation départementale du Val-de-Marne de l'ARS et l'inspection régionale autonomie santé) et du Conseil départemental du Val-de-Marne, au regard des signaux et réclamations le concernant. Cette mission avait pour objet de vérifier les conditions de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance et des prestations hôtelières.

Au terme de la procédure contradictoire, le courrier conjoint de décision adressé à l'association gestionnaire le 24 novembre 2023 comportait trois injonctions et une prescription maintenue portant notamment sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, les ressources humaines et la coordination des soins

Depuis plusieurs mois, des signaux et réclamations font craindre une dégradation de la qualité et de la sécurité des prises en charge de cet établissement, aussi, à la demande de la délégation départementale du Val-de-Marne de l'ARS, une nouvelle inspection de cet EHPAD a été inscrite au programme d'inspection 2025 sur le fondement des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

L'inspection avait pour objectifs :

- La vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux décisions notifiées le 24 novembre 2023 ;
- Le cas échéant, l'établissement du constat d'éventuels nouveaux manquements dans le domaine du fonctionnement de l'établissement et de la dispensation des soins, la dépendance et les prestations hôtelières.

## **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, 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
- Conformité aux conditions de l'autorisation
- Management et stratégie
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Gestion des RH
- Gestion de l'information
- Prise en charge
- Prises en charge en soins
- Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
- Vie quotidienne. Hébergement
- Coordination avec les partenaires extérieurs

La visite de l'établissement s'est déroulée en deux temps :

- Visite sur site le 7 avril 2025 par l'ensemble de la mission d'inspection
- Poursuite des investigations sur place et continuité des entretiens avec le personnel soignant par le médecin inspecteur, le 10 avril 2025.

## **Synthèse des principaux écarts et remarques constatés par la mission**

L'inspection du 7 avril 2025 a montré que l'établissement avait pris en compte les demandes de l'ARS-IDF et du CD94. La mission a pu constater que l'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement avaient pris la mesure des difficultés de l'établissement et des risques pouvant compromettre la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des résidents.

### **Point sur les mesures correctrices à mettre en œuvre notifiées le 24 novembre 2023**

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre mais doivent être maintenues et optimisées pour atteindre les niveaux de qualité de prise en charge et de sécurité demandés par les autorités de contrôle et de tarification, notamment :

- Les locaux sont bien entretenus même s'ils restent assez vétustes. Les travaux conséquents réalisés par la direction ont beaucoup amélioré l'habitat (RDC, toilettes rénovées, salle à manger...). Il reste néanmoins des travaux à réaliser pour un bâtiment vieillissant et leur sécurisation (par exemple, accès aux escaliers non sécurisés pour les résidents).
- La gouvernance de l'établissement reste instable (2 directeurs de transition en quelque mois), ce qui fragilise le fonctionnement de l'établissement. L'arrivée en septembre 2024 d'un directeur adjoint a néanmoins permis de mettre en place un encadrement de proximité auprès des équipes soignantes et d'accompagnement des résidents.
- La direction s'est engagée dans un plan de qualification des AUX FFAS et/ou AMP FFAS, AES FFAS pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en soins des résidents pour mettre fin aux glissements de tâches.
- Le système d'appel malade qui ne fonctionnait pas est opérationnel. L'établissement devra toutefois, trouver avec le fournisseur une solution pour localiser les résidents quand ils déclenchent l'appel malade quand ils ne sont pas dans leur chambre et qu'il transmette l'organisation mise en place pour assurer la surveillance des résidents des UVP.
- Les dossiers des résidents et des professionnels sont bien tenus, même s'ils doivent encore être abonder de certains documents (inscription à l'ordre des professionnels concernés).
- Une politique de gestion des risques et de déclaration des signalements, EI, EIGS est formalisée dans l'établissement mais la déclaration des signalements n'est pas systématiquement réalisée auprès des autorités de contrôle et de tarification.
- Sur la qualité et la sécurité des soins :
  - L'établissement a recruté un MEDCO dont le temps de coordination est inférieur à la réglementation et il ne dispose pas des diplômes requis pour cette fonction de coordination. Le MEDCO a annoncé son départ le 1/05/2025,
  - L'établissement a recruté un médecin prescripteur
  - La gestion des stupéfiants est mise en place
  - La PUI de l'établissement ne fonctionne pas. L'établissement a conventionné avec une pharmacie d'officine de ville.

**Le périmètre élargi de la mission du 7 avril 2025 a permis de mettre en évidence des écarts à la réglementation et aux référentiels de bonnes pratiques, notamment :**

- Un projet d'établissement et un plan bleu non conformes à la réglementation
- Un effectif soignant instable et la nécessité pour l'établissement d'engager une réflexion sur le recrutement en contrat pérenne (titulaire/CDI ou CDD long) des ETP manquants d'IDE, d'AS/AES pour garantir une prise en charge en adéquation avec la charge en soin et dépendance des résidents.
- Le constat d'un manque de formalisme dans les procédures (ex : procédure d'absence inopinée de personnel, procédure d'accueil de nouveau professionnel...)

- Une organisation médicale fragile dont le suivi médical des résidents est assuré par un MEDCO qui fait essentiellement de la prescription, un médecin prescripteur et par l'intervention de médecin territorial du siège de l'organisme gestionnaire pour certaines missions de coordination médicale.
- Une procédure d'admission et une procédure d'élaboration des PAI non formalisées
- L'absence d'évaluation de l'état de dépendance des résidents nouvellement arrivés et d'évaluation de leur bilan gériatrique sur l'ensemble de ses composantes
- Les résidents ne disposent pas tous d'un projet de soins et d'un plan de soins dans les 3 mois de leur admission et d'un DLU
- Le suivi médical des résidents n'est pas systématiquement consigné dans le dossier médical
- La gestion des stupéfiants est mise en place mais le registre des stupéfiants n'est pas à jour
- La composition du chariot d'urgence est incomplète
- La conduite à tenir en cas d'urgence n'est pas affichée dans les postes de soins,
- La durée maximale de prescription préconisée pour certains médicaments n'est pas respectée
- Le système de préparation de dose à administrer doit être révisé pour optimiser le conditionnement et vérifier les dates de péremption
- Le constat d'absence de formalisation de convention avec les acteurs extérieurs (ex : convention avec les professionnels libéraux intervenants dans l'établissement, convention avec un laboratoire d'analyse médicale, convention pour l'HAD...).

# **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 et le CD ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Le Vieux Colombier, situé 20 Avenue De L'Isle, 94350 Villiers Sur Marne, (FINESS GEO 940809387), 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.

- Une première inspection de l'EHPAD LE VIEUX COLOMBIER a été réalisée le 22 mars 2022, dans le cadre du PRIC 2022, compte tenu de plusieurs signalements et réclamations transmis aux deux autorités de contrôle et de tarification.
- Au terme de la procédure contradictoire, trois injonctions et une prescription ont été définitivement notifiées au gestionnaire, ARPAVIE, par courrier en date du 24 novembre 2023 auxquels la directrice de l'époque avait répondu le 22 décembre 2023.
- Depuis plusieurs mois, de nouveaux signaux et réclamations font craindre une dégradation de la qualité et de la sécurité des prises en charge de cet établissement, aussi, une nouvelle inspection de cet EHPAD a été diligentée par l'ARS Ile-de-France et le Conseil départemental du Val de Marne le 7 avril 2025 et inscrite au programme d'inspection contrôle pour 2025.

## **Modalités de mise en œuvre**

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 7 avril 2025, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée). Elle s'est poursuivie le 10 avril 2025 par la présence sur site du médecin inspecteur.

Il a été réalisé conjointement par l'ARS-IDF et par le Conseil départemental du Val de Marne.

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
- Management et stratégie
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Gestion des RH
- Gestion de l'information
- Prise en charge
- Prises en charge en soins
- Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
- Vie quotidienne. Hébergement
- Coordination avec les partenaires extérieurs



La composition de la mission figure sur la page de garde du rapport et dans la lettre de mission en annexe I.

**Il est à noter** que le médecin inspecteur de santé publique, en absence justifiée auprès de l'ARS au moment de la finalisation de ce rapport, n'a pu apposer sa signature bien qu'il ait participé intégralement à la mission d'inspection sur place et à la rédaction du rapport.

La mission a pu consulter des documents sur site et à distance via une liste des documents remise le jour de l'inspection (le relevé des documents transmis figure en annexe IV).

La mission a pu rencontrer des professionnels de l'établissement et procéder à des entretiens sur site ou à distance (cf. annexe V).

## **Présentation de l'établissement**

Situé 20 Avenue De L'Isle, 94350 VILLIERS SUR MARNE, Le Vieux Colombier est un EHPAD privé à but non lucratif géré par le groupe ARPAVIE dont le siège social est situé 8 Rue Rouget de L'Isle, 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX.

Il est autorisé par l'arrêté conjoint n°85-2087 du 1<sup>er</sup> juillet 1985 du préfet du Val-de-Marne et du président du Conseil départemental du Val-de-Marne.

Ouvert en 1987, l'établissement dispose d'une capacité autorisée de 202 places d'hébergement permanent. Il dispose de 2 unités de vie protégée (UVP) de 10 places chacune pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de la pathologies neurodégénératives de type Alzheimer, et n'a pas de PASA, ni d'UHR.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (100%)

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR-PATHOS du 23 mai 2018, le GMP [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux<sup>1</sup> mentionnés en note de bas de page s'agissant du GMP et en dessous quant au PMP.

Les 195 résidents accueillis lors de l'évaluation de la coupe AGGIR-PATHOS étaient répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5
EHPAD N, 2018	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF <sup>2</sup>	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

A la date du contrôle, la distribution des unités est la suivante :

Etage ou unité	Nombre de chambres	Nombre de résidents	Nombre de soignants en ETP	GMP	PMP
RDC	20	19	[REDACTED]	non disponible	non disponible
1er étage	37	37	[REDACTED]	non disponible	non disponible
2ème étage	37	33	[REDACTED]	non disponible	non disponible
3ème étage	34	36	[REDACTED]	non disponible	non disponible
4ème étage	36	34	[REDACTED]	non disponible	non disponible
5ème étage	36	35	[REDACTED]	non disponible	non disponible
Total	200	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Selon l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) de 2023, les produits de la tarification réalisés se répartissent comme suit :

Hébergement	Dépendance	Soins	Total
5 039 331,97 €	1 422 518,23 €	4 400 441,84 €	10 862 292,04 €

<sup>1</sup> En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 742 et 227 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=606).

<sup>2</sup> Médiane des GIR d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022) (N=607)



La décision tarifaire modificative de l'ARS IDF en date du 29 novembre 2024 fixe le forfait global soins pour le 1er janvier 2025 à 4 709 178,25 € et l'arrêté n° 20252-211 du Conseil départemental du Val-de-Marne du 15 mai 2025 fixe le forfait global dépendance à 1 319 901 € et le tarif hébergement à 75 €.

L'établissement ne dispose pas de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

**Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement**

Nom de l'EHPAD	Le Vieux Colombier	
Nom de l'organisme gestionnaire	ARPAVIE	
Numéro FINESS géographique	940809387	
Numéro FINESS juridique	920030186	
Statut juridique	Privé à but non lucratif	
Option tarifaire	Globale	
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui	
GMP en vigueur (validé en 2018)	■	
PMP en vigueur (validé en 2018)	■	
Capacité autorisée de l'établissement	Type	Nombre
	HP <sup>3</sup>	202
	HT <sup>4</sup>	Non autorisé
	PASA <sup>5</sup>	Non autorisé
	AJ <sup>6</sup>	Non autorisé
	UHR <sup>7</sup>	Non autorisée
	UPHV <sup>8</sup>	Non autorisée
	PFR <sup>9</sup>	Non autorisée
Pourcentage de places habilitées à l'aide sociale	100 %	

<sup>3</sup> Hébergement permanent.

<sup>4</sup> Hébergement temporaire.

<sup>5</sup> Pôle d'activités et de soins adaptés.

<sup>6</sup> Accueil de jour.

<sup>7</sup> Unité d'hébergement renforcée.

<sup>8</sup> Unité pour les personnes handicapées vieillissantes.

<sup>9</sup> Plateformes d'accompagnement et de répit.

## **Constats**

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

# 1 Gouvernance

## 1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<p>1.1.1. <u>Le statut juridique de la structure</u></p> <p><a href="#">L312-1 (6°) CASF</a> (EHPAD est un ESMS)</p> <p><a href="#">L313- (4° alinéa) CASF</a> (obligations de reporting aux autorités de tous changements)</p>	<p>L'EHPAD Le Vieux Colombier, situé à Villiers-sur-Marne, est un établissement privé à but non lucratif géré par le groupe ARPAVIE. Conformément au procès-verbal d'autorisation en date du 24 août 2017, l'établissement a été initialement créé à la suite d'un arrêté conjoint pris en 1985, autorisant sa création avec une capacité d'accueil de 220 lits en hébergement permanent.</p> <p>Toutefois, en 2015, cette capacité a été réduite de 18 places, ramenant ainsi le nombre total de lits à 202.</p> <p>L'association ARPAVIE a été constituée le 16 novembre 2015, à la suite de la fusion des associations [REDACTED]. Dans ce contexte, la gestion de l'EHPAD Le Vieux Colombier a été transférée à ARPAVIE en 2016. L'autorisation, jusqu'alors détenue par l'association [REDACTED], a été officiellement cédée à ARPAVIE par arrêté en date du 24 août 2017.</p> <p>Enfin, il convient de noter qu'au moment de l'inspection, il a été porté à la connaissance de la mission d'inspection qu'un rapprochement entre le groupe [REDACTED] et ARPAVIE est en cours de discussion avec les tutelles.</p>
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<p>1.1.2. <u>Les conditions d'autorisation</u></p> <p><a href="#">D313-7-2 (I) CASF</a> (conditions de caducité de l'autorisation)</p> <p><a href="#">Instruction N° DGCS/5B/2018/251 du 14 novembre 2018</a> relative au régime de caducité applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux</p> <p><a href="#">L312-1 (VI) CASF</a> (possibilité d'accueil temporaire ou séjour de vacances pour les proches aidants)</p> <p><a href="#">L313-1 (1° et 4° alinéa) CASF</a> (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</p> <p><a href="#">L313-4 CASF</a> (conditions d'accord de l'autorisation)</p> <p><a href="#">D313-15 CASF</a> (% 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".</p>	<p>L'EHPAD est conforme aux conditions de son autorisation, dont la capacité totale est de 202 places en hébergement permanent (HP).</p> <p>Le taux d'occupation 2024 des places d'HP est de [REDACTED]</p> <p>À la lecture de la décision tarifaire modificative relative au forfait global de soins, en date du 24 novembre 2024, la mission constate que l'établissement a été financé pour 14 places de PASA. Toutefois, aucun document relatif à l'autorisation de ces places n'a été transmis à la mission.</p> <p>Selon les éléments figurant dans la notification budgétaire annexée à la décision tarifaire, l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Toutefois, il ressort des entretiens que cette pharmacie n'est plus opérationnelle depuis le départ de la pharmacienne, survenu il y a deux ans.</p> <p>Dans ce contexte, une demande formelle de fermeture de la PUI a été transmise à l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'établissement a mis en place un partenariat avec une pharmacie de ville. Ainsi, un préparateur en pharmacie assure actuellement le lien pharmaceutique ainsi que le contrôle des traitements.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																																
	<a href="#">L323-1 CASF</a> (APA) <a href="#">D312-155-0-1 CASF</a> (PASA) <a href="#">D312-155-0-2 CASF</a> (UHR) <a href="#">D312-8 CASF</a> et <a href="#">D312-9 CASF</a> (accueil temporaire) <a href="#">Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011</a> relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire (max 90 jours)																																																																																																	
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<p>1.1.3. <u>La population accueillie</u></p> <p><a href="#">D313-15 CASF</a> (proportion GIR en EHPAD) <a href="#">D312-158 (2°) CASF</a> (avis du MédCo à l'admission), <a href="#">D312-158 (4°) CASF</a> (évaluation par le MédCo de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), <a href="#">D312-158 (6°) CASF</a> (évaluation gériatrique).</p>	<p>La population accueillie au moment de la communication des données des dossiers médicaux dans les suites immédiates de la visite sur site était constituée de 194 résidents. Le tableau 2 illustre les principales caractéristiques de la population accueillie.</p> <p>Le calcul du GIR moyen pondéré (GMP), qui a été réalisé par étage de prise en soins ainsi que pour l'EHPAD en sa globalité, est plus élevé pour le troisième et le quatrième étage et plus bas pour le premier et le cinquième étage par rapport à la valeur du GMP de l'établissement.</p> <p>Tableau 2. Caractéristiques de la population accueillie</p> <table><tr><th></th><th>RDC</th><th>1<sup>er</sup> étage</th><th>2<sup>ème</sup> étage</th><th>3<sup>ème</sup> étage</th><th>4<sup>ème</sup> étage</th><th>5<sup>ème</sup> étage</th><th>EHPAD</th></tr><tr><td>Age moyen (ans)</td><td>86 (64-100)</td><td>87 (65-100)</td><td>85 (65-98)</td><td>87 (71-100)</td><td>86 (66-102)</td><td>83 (59-100)</td><td>86 (59-102)</td></tr><tr><td>Sexe féminin</td><td>13</td><td>31</td><td>17</td><td>22</td><td>25</td><td>28</td><td>136</td></tr><tr><td>GIR 1</td><td>4</td><td>5</td><td>3</td><td>8</td><td>5</td><td>8</td><td>33</td></tr><tr><td>GIR 2</td><td>7</td><td>12</td><td>16</td><td>13</td><td>17</td><td>5</td><td>70</td></tr><tr><td>GIR 3</td><td>5</td><td>13</td><td>7</td><td>10</td><td>6</td><td>9</td><td>50</td></tr><tr><td>GIR 4</td><td>1</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>4</td><td>20</td></tr><tr><td>GIR 5</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>10</td></tr><tr><td>GIR 6</td><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>GIR°données manquantes</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td></tr><tr><td>GMP</td><td>723,2</td><td>686,2</td><td>720,6</td><td>777,1</td><td>752,6</td><td>679,7</td><td>723,6</td></tr><tr><td><b>Total résidents</b></td><td><b>19</b></td><td><b>37</b></td><td><b>33</b></td><td><b>36</b></td><td><b>35</b></td><td><b>34</b></td><td><b>194</b></td></tr></table> <p>Par ailleurs, la durée moyenne de prise en charge des résidents accompagnés est égale à 40 mois.</p>		RDC	1 <sup>er</sup> étage	2 <sup>ème</sup> étage	3 <sup>ème</sup> étage	4 <sup>ème</sup> étage	5 <sup>ème</sup> étage	EHPAD	Age moyen (ans)	86 (64-100)	87 (65-100)	85 (65-98)	87 (71-100)	86 (66-102)	83 (59-100)	86 (59-102)	Sexe féminin	13	31	17	22	25	28	136	GIR 1	4	5	3	8	5	8	33	GIR 2	7	12	16	13	17	5	70	GIR 3	5	13	7	10	6	9	50	GIR 4	1	2	4	4	5	4	20	GIR 5	0	3	1	0	1	5	10	GIR 6	2	2	1	0	0	0	5	GIR°données manquantes	0	0	1	1	1	3	6	GMP	723,2	686,2	720,6	777,1	752,6	679,7	723,6	<b>Total résidents</b>	<b>19</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>194</b>
	RDC	1 <sup>er</sup> étage	2 <sup>ème</sup> étage	3 <sup>ème</sup> étage	4 <sup>ème</sup> étage	5 <sup>ème</sup> étage	EHPAD																																																																																											
Age moyen (ans)	86 (64-100)	87 (65-100)	85 (65-98)	87 (71-100)	86 (66-102)	83 (59-100)	86 (59-102)																																																																																											
Sexe féminin	13	31	17	22	25	28	136																																																																																											
GIR 1	4	5	3	8	5	8	33																																																																																											
GIR 2	7	12	16	13	17	5	70																																																																																											
GIR 3	5	13	7	10	6	9	50																																																																																											
GIR 4	1	2	4	4	5	4	20																																																																																											
GIR 5	0	3	1	0	1	5	10																																																																																											
GIR 6	2	2	1	0	0	0	5																																																																																											
GIR°données manquantes	0	0	1	1	1	3	6																																																																																											
GMP	723,2	686,2	720,6	777,1	752,6	679,7	723,6																																																																																											
<b>Total résidents</b>	<b>19</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>194</b>																																																																																											

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Les pathologies les plus fréquemment prises en charge, qui ont été analysées à partir d'un échantillon de dix-sept dossiers<sup>10</sup>, sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onze résidents ont dans leurs antécédents personnels des <i>troubles cognitifs</i> ;</li> <li>- Huit ont dans leurs antécédents personnels un <i>trouble psychiatrique</i> dont deux une <i>dépression</i> ;</li> <li>- Un résident a dans ses antécédents personnels une <i>dénutrition</i> ;</li> <li>- Trois résidents ont dans leur antécédents personnels un <i>accident vasculaire cérébral</i> (AVC).</li> </ul> <p>Aucun résident de l'échantillon analysé n'avait un trouble de la marche de même que des chutes à répétition ou des troubles de la déglutition.</p> <p>Concernant le <i>statut nutritionnel</i> actuel des résidents inclus dans l'échantillon d'analyse (n=17 résidents), deux critères ont été utilisés pour identifier ce statut, à savoir : l'indice de masse corporelle (IMC) et la dernière valeur du dosage biologique de l'albuminémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classification à partir du critère d'IMC : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Huit ont une dénutrition dont sept ont une dénutrition sévère ;</li> <li>o Cinq sont normo-pondéraux ;</li> <li>o Quatre sont en surpoids ;</li> <li>o Aucun résident n'est obèse.</li> </ul> </li> <li>- Classification à partir du critère biologique de l'albuminémie : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Neuf résidents ont une dénutrition selon le critère relatif au dosage d'albuminémie dont trois ont une dénutrition sévère.</li> </ul> </li> </ul> <p>Au total, quatorze résidents ont une dénutrition selon les deux critères cités précédemment (i.e. IMC, albuminémie).</p> <p>Le nombre de résidents relevant d'un régime de protection juridique est égal à 63 (32,5%).</p>

## 1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement : existence, contenu et diffusion</u></p> <p><u>L311-7 CASF</u> (règlement de fonctionnement, consultation CVS)</p>	<p>L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement, dont la dernière version mise à jour date de janvier 2024. Ce règlement a été validé par le Conseil de la Vie Sociale (CVS) du 30 mai 2023. Il est précisé dans ce document qu'il doit être révisé tous les 5 ans ou en cas de modification réglementaire. Conformément à ce règlement, il est remis à toute personne accueillie dès la visite de préadmission et est affiché au sein de l'établissement, dans un classeur ouvert à l'entrée de l'établissement.</p>

<sup>10</sup> Les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont présentées en annexe III.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#">R.311-35 CASF</a> (contenu Règlement de fonctionnement) <a href="#">R.311-36 CASF</a> (contenu Règlement de fonctionnement) <a href="#">R.311-37 CASF</a> (contenu Règlement de fonctionnement) <a href="#">R311-34 CASF</a> (affichage et remise du règlement fonctionnement)	
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.2. <u>Le projet d'établissement : existence, contenu et diffusion</u></p> <p><a href="#">L315-17 CASF</a> (directeur EHPAD public veille à réalisation du PE)  <a href="#">D312-176-5 CASF</a> (DUD du directeur EHPAD privé précise délégation pour définition et mise en œuvre PE)  <a href="#">D312-160 CASF</a> (plan en cas de crise sanitaire ou climatique intégré dans PE)  Le PE devrait contenir :  * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement)  * Présentation des enjeux et missions  * Caractéristiques des personnes accueillies  * Nature de l'offre de service et organisation  * Management de l'EHPAD  * Projet social et logistique  * Personnalisation des PIA  * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège</p> <p><a href="#">HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009</a>  <a href="#">HAS-RBPP Élaboration, rédaction et animation d'un PE/PS en ESMS" Anesm-HAS-2010</a></p>	<p>La mission constate que l'EHPAD dispose d'un projet d'établissement formalisé, en cours de validité pour la période 2023-2028. Ce projet résulte d'une démarche participative impliquant les professionnels, les représentants du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et les familles.</p> <p>L'élaboration du projet s'est déroulée entre le 17 mai et le 21 juin 2023. Elle a débuté par une réunion de cadrage réunissant le siège et la direction de l'établissement, suivie de la mise en place du comité de pilotage. La planification des ateliers de travail a eu lieu le 22 mai 2023. La démarche a été présentée aux équipes le même jour, puis aux familles lors d'une réunion organisée le 21 juin 2023. Le projet d'établissement précise que celui-ci a été validé en CVS avant sa transmission aux autorités de tutelle, toutefois, aucun compte-rendu du CVS ne fait mention de cette validation.</p> <div data-bbox="719 767 2080 871" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Remarque 1 : Bien que le projet d'établissement mentionne la validation du projet d'établissement par le CVS, l'absence de transmission du compte-rendu du CVS mentionnant la validation du projet d'établissement ne permet pas à la mission d'inspection de s'assurer de la consultation préalable du CVS pour validation du projet d'établissement.</b></p> </div> <p>Le document présente l'établissement (public accueilli, missions, politique), la méthodologie retenue et les objectifs poursuivis. Le projet d'établissement aborde les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet de soins, incluant la prise en charge palliative,</li> <li>• Le projet de vie, intégrant notamment l'accompagnement de la fin de vie et les actions d'animation,</li> <li>• Le projet de communication,</li> <li>• Le projet social et la gestion des ressources humaines,</li> <li>• Le projet qualité et gestion des risques, avec une orientation vers l'amélioration continue et l'évaluation externe.</li> </ul> <p>Toutefois, la mission observe que le projet n'aborde ni la politique de promotion de la bientraitance, ni les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance. Par ailleurs, il ne comporte pas de mention relative aux personnes qualifiées, telles que prévues par les dispositions réglementaires.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#"><u>HAS-RBPP La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre-2008</u></a>	<b>Écart 1 : Le projet d'établissement est incomplet ; il n'aborde ni la politique de promotion de la bientraitance, ni les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, et ne mentionne pas les personnes qualifiées, ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-8 et D311-38-3 du CASF.</b>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.3. <b>Le plan bleu</b></p> <p><a href="#"><u>L311-8 (2<sup>ème</sup> alinéa) CASF</u></a> (plan de PEC en cas de situation sanitaire exceptionnelle)</p> <p><a href="#"><u>R311-38-1 CASF</u></a> (contenu du plan bleu en lien avec <a href="#"><u>R3131-4 CSP</u></a>)</p> <p><a href="#"><u>R311-38-2 CASF</u></a> (directeur met en œuvre les dispositions du plan bleu)</p> <p><a href="#"><u>L311-3 (1°) CASF</u></a> (sécurité du résident)</p> <p><a href="#"><u>D312-160 CASF</u></a> (plan en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p><a href="#"><u>D312-161 CASF</u></a> (pièce rafraîchie)</p> <p><a href="#"><u>Arrêté du 7 juillet 2005 Art.1</u></a> modifié par arrêté du 8 août 2005) cahier des charges organisation en cas de crise sanitaire ou climatique-salle rafraîchie-système de refroidissement de l'air- Article 1 : convention avec ES proche</p> <p><a href="#"><u>Décret no 2024-8 du 3 janvier 2024 Art. 5</u></a> relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles</p> <p><a href="#"><u>Instruction interministérielle N° DGCS/DGSCGC/2015/355 du 7 décembre 2015 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des EMS si défaillance d'énergie</u></a></p> <p><a href="#"><u>R313-31 CASF</u></a> (gestion de la défaillance électrique ESMS) et <a href="#"><u>R732-15 Code de la sécurité intérieure</u></a> (garantir sécurité et conditions d'exploitation en cas de défaillance électrique)</p> <p><a href="#"><u>Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD (Min. Santé - 2022)</u></a></p>	<p>L'établissement a transmis deux documents intitulés « plan bleu » : l'un relatif à la gestion du risque canicule, l'autre au risque infectieux. Ces documents sont complétés par un plan de gestion de crise et un plan de continuité d'activité (PCA). Ils précisent les missions de la cellule de crise ainsi que les modalités organisationnelles spécifiques à mettre en œuvre en cas de canicule ou de risque infectieux.</p> <p>En revanche, ces documents ne comportent pas les modalités de reprise d'activité (PRA), ni le plan de formation du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), tel que requis par le programme annuel ou pluriannuel mentionné au 2° de l'article R. 3131-4 du Code de la santé publique. En outre, ils ne font pas mention de la consultation du Conseil de la vie sociale (CVS), pourtant exigée par l'article R. 311-38-1 du Code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Enfin, les plans transmis ne sont pas conformes aux nouvelles dispositions issues du décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN), notamment en ce qui concerne les obligations de consultation, d'évaluation annuelle, de transmission aux autorités compétentes et de révision.</p> <p><b>Écart 2 : En l'état, le plan bleu de l'établissement n'est pas complet, il n'inclut ni le plan de reprise d'activité (PRA), ni le plan de formation du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ni les modalités d'organisation et de déploiement adaptées à chacun des 5 plans de réponse du dispositif ORSAN, ce qui contrevient aux articles R. 311-38-1 et 2 du CASF et R. 3131-4 du CSP.</b></p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.4. <u>La direction de l'EHPAD, l'organigramme</u></p> <p><a href="#">L315-17 CASF</a> (dir EHPAD public)  <a href="#">D312-176-5 CASF</a> (DUD en EHPAD privé)  <a href="#">Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004</a> relative au livret d'accueil  <a href="#">L311-8 CASF</a> (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement)  <a href="#">D312-155-0 CASF</a> (missions et professionnels d'un EHPAD)  <a href="#">L312-1 (II 4°) CASF</a> (personnels qualifiés en EHPAD)  HAS « <a href="#">Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</a> »  HAS « <a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance</a> », 2008</p>	<p>L'établissement a transmis l'organigramme du siège social. Ce document précise de manière claire les noms, les fonctions occupées ainsi que les liens hiérarchiques. Toutefois, il ne mentionne pas les ETP (équivalents temps plein) pour l'ensemble des postes. Par ailleurs, cet organigramme ne correspond pas à l'EHPAD.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Remarque 2 : L'absence de transmission d'un organigramme propre à l'établissement ne permet pas à la mission d'avoir une vision claire et complète des ressources humaines de l'établissement et de leurs liens hiérarchiques et fonctionnels.</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Écart 3 : La direction de l'Ehpad ne justifie pas des effectifs en place au sein de l'Ehpad à travers un organigramme propre et affiché de nature à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, et contrevient aux dispositions des articles D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD), L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) et L311-3 1° du CASF (sécurité) et L311-3 3° du CASF (qualité de la prise en charge)</b> </div>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.5. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u></p> <p><a href="#">HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020</a></p>	<p>Les comités de direction (CODIR) se tiennent tous les quinze jours. Ils sont pilotés par le directeur, avec la participation du médecin coordonnateur, du responsable des admissions, du cadre de santé, du directeur adjoint, de deux psychologues, ainsi que d'intervenants ponctuels selon les sujets abordés. L'infirmière coordinatrice (IDEC) ne participe pas directement au CODIR, mais est représentée par le cadre de santé.</p> <p>Des réunions régulières sont également organisées avec les équipes de terrain. Ces échanges permettent de faire un point sur l'organisation globale de l'établissement. L'établissement a transmis les comptes rendus et les feuilles d'émargement de plusieurs réunions tenues en 2024. Ainsi, lors du CODIR du 19 décembre 2024, les membres ont abordé des thématiques telles que la formation, les changements organisationnels, les hospitalisations ou encore le recrutement. La mission note que l'établissement a transmis le planning des réunions CODIR pour l'année 2024.</p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.6. <u>Les conflits entre direction et salariés</u></p> <p><a href="#">L311-3 (3°) CASF</a> (PEC et accompagnement de qualité du résident)  <a href="#">HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020</a></p>	<p>Il est à noter que l'établissement a traversé une période marquée par une forte instabilité de l'encadrement, avec plusieurs remplacements infructueux depuis le départ de la précédente directrice, notamment en raison d'un manque de clarté dans la répartition des responsabilités entre les cadres et la direction. Les entretiens indiquent qu'un meilleur équilibre a été trouvé depuis, grâce à un accompagnement renforcé et à une volonté affichée de structurer durablement le fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Il ressort des entretiens une amélioration progressive du climat social, portée par de nombreuses initiatives mises en œuvre depuis l'arrivée du directeur adjoint en septembre 2024. Cette arrivée a permis de renforcer les méthodes de management, en particulier le management de proximité, d'améliorer la communication avec les familles et de dynamiser les démarches qualité.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Le climat social est globalement serein entre la direction et les professionnels. Plusieurs outils sont mobilisés pour accompagner les équipes et prévenir les tensions, notamment la possibilité de recourir à la médecine du travail, à une psychologue externe, à la DRH, à l'IDEC, le directeur d'établissement ainsi que l'organisation régulière de réunions pluridisciplinaires à l'occasion desquelles chacun peut s'exprimer. En cas de conflit avec les familles, différentes modalités sont mises en place : rendez-vous dédiés, échanges individualisés, et intervention de la direction ou du siège en fonction des besoins. Lors des admissions, un effort particulier est fait pour informer les familles sur les réalités du terrain, afin d'anticiper les incompréhensions et prévenir les conflits.</p> <p>Par ailleurs, les équipes participent selon les sujets qui les concernent et leurs missions à des réunions quotidiennes sur différents sujets (soins, ressources humaines, recrutement), favorisant la coordination interne. Des actions sont également menées pour renforcer la cohésion d'équipe, telle que l'organisation régulière de moments conviviaux : célébration des anniversaires mensuels, galette des rois pour les salariés, repas festifs (par exemple à Noël).</p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.7. <u>Les relations Directeur/Gestionnaire</u></p> <p><a href="#">D312-176-5 CASF</a> (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)</p> <p><a href="#">Décret n°2007-1930 du 26/12/2007</a> (Arrêté de délégation-statut particulier des directeurs d'établissement (ESSMS publics))</p> <p><a href="#">L6116-1 CSP</a> (contrôle des gestionnaires)</p>	<p>Le directeur territorial était présent le jour de l'inspection. Selon les éléments contractuels transmis (fiche de poste et contrat de travail), le directeur est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur territorial. Le contrat précise que le directeur intervient en tant que prestataire, tandis que le gestionnaire est désigné comme le client.</p> <p>D'après les entretiens menés, le directeur territorial assure un rôle de soutien auprès du directeur de l'établissement. Le recrutement de ce dernier relève de la responsabilité du siège.</p> <p>La mission constate qu'aucun document relatif au COPIL/COMEX n'a été transmis, malgré sa demande, seules les feuilles d'emargement des COPIL qualité ont été transmises. Aucun COPIL n'a été réalisé en 2024.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Remarque 3 : Le gestionnaire n'a pas transmis les documents concernant les COPIL/CODIR (comptes-rendus) demandés, ce qui ne permet pas à la mission d'avoir une vision sur les sujets abordés lors de ces réunions et de leurs portées en termes de management et de stratégie.</b></p> </div> <p>Selon les entretiens menés, des réunions territoriales regroupant l'ensemble des directeurs du groupe sont organisées tous les deux mois. Ces rencontres permettent d'aborder diverses thématiques telles que la gestion des appels malades, les ressources humaines ou encore le recrutement des cadres.</p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.8. <u>Le directeur : contrat et prise de poste</u></p> <p><a href="#">L315-17 CASF</a> (mission directeur d'EHPAD public)</p> <p><a href="#">Décret n°2007-1930 du 26/12/2007</a> (Arrêté de délégation-statut particulier des directeurs d'établissement (ESSMS publics))</p> <p><a href="#">D312-176-5 CASF</a> (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)</p>	<p>À la demande du contrat de travail du directeur de transition, la mission constate que l'établissement a transmis un contrat de prestation de services pour la fonction de directeur de transition, signé le 15 janvier 2025, couvrant la période du 9 janvier au 14 février 2025, pour un engagement de 5 jours par semaine, du lundi au vendredi, hors jours fériés.</p> <p>Ce contrat identifie le directeur de transition comme prestataire et le gestionnaire comme client. Selon les termes de ce contrat, le prestataire s'engage à fournir un rapport synthétique sur les différentes actions entreprises en lien avec les objectifs définis par le client, dans le cadre d'une feuille de route fournie par ce dernier avant le début de la prise de fonction. Cette feuille de route précise notamment les contours de la mission confiée, en termes d'objectifs et de moyens alloués. Il est également mentionné que ce contrat peut être renouvelé par avenant.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>La fiche de poste, signée le 15 janvier 2025, définit les missions du directeur, placé sous l'autorité du directeur territorial. Celles-ci s'articulent autour de plusieurs domaines d'activité : la gestion des relations clients et du réseau externe, la gestion financière, le management des équipes, ainsi que la gestion technique de l'établissement.</p> <p>L'établissement a ensuite transmis un avenant signé le 14 mars 2025, couvrant la période du 15 mars au 11 avril 2025. Toutefois, aucun avenant relatif à la période du 15 février au 15 mars n'a été communiqué à la mission. De plus, bien que l'inspection ait eu lieu le 7 avril 2025 et que le dernier avenant a été déposé le 10 avril 2025, aucun avenant n'a été transmis pour couvrir la période à partir du 12 avril 2025. En conséquence, la mission n'est pas en mesure d'identifier la pérennité de la fonction de direction dans l'établissement.</p> <p><b>Écart 4 : En ne formalisant pas systématiquement d'avenant au travail pour la personne assurant le poste de directeur, l'organisme gestionnaire ne garantit pas une stabilité de la fonction de directeur au sein de l'établissement et un fonctionnement sécurisé et contrevient à l'article L315-17 CASF</b></p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.9. <u>Le directeur : qualifications</u></p> <p><a href="#">D312-176-6 CASF</a> (certification de niveau I du directeur (EHPAD privé et public))</p> <p><a href="#">D312-176-7 CASF</a> (certification de niveau II du directeur-EHPAD privé et public)</p> <p><a href="#">D312-176-8 CASF</a> (cadre de santé au fonction de direction si diplôme requis en projet)</p> <p><a href="#">D312-176-9 CASF</a> (si direction de groupement ou de plusieurs établissements, diplôme de niveau I obtenu ou en projet)</p> <p><a href="#">D312-176-10 CASF</a> (EHPAD public-)</p> <p><a href="#">Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007</a> (qualification des professionnels de direction ESMS)</p>	<p>La mission constate que le directeur de transition est titulaire d'un diplôme obtenu en 2014 qui lui confère l'autorisation d'exercer ses fonctions de directeur d'établissement.</p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.10. <u>Les astreintes administratives et techniques</u></p> <p><i>Pas de référence juridique ni de bonnes pratiques. Vérifier le contenu des contrats de travail et les procédures au sein de l'ESSMS</i></p>	<p>À la demande d'un planning ou calendrier des permanences et astreintes (administratives, médico-soignantes et techniques) des douze derniers mois, ainsi que des procédures formalisées encadrant leur organisation, aucun document n'a été transmis à la mission. Toutefois, selon les éléments recueillis lors des entretiens, il n'existe pas d'astreinte administrative ou de direction les soirs et les week-ends. Une permanence téléphonique est néanmoins assurée le samedi, selon un roulement entre les membres du comité de direction (CODIR).</p> <p>Il a été précisé que le directeur ne participe pas à cette organisation. Par ailleurs, un cahier de transmission est disponible à l'accueil, permettant aux agents d'accueil de consigner par écrit les informations relatives aux soirées et aux week-ends.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>S'agissant des astreintes médicales, il a été indiqué lors des entretiens que des conventions de partenariat ont été établies avec des établissements de proximité pour la gestion des urgences. En revanche, pour ce qui concerne les astreintes des directeurs du groupe, un planning d'astreinte a été mis en place au niveau du siège, mais ces éléments n'ont pas été formalisés ni transmis à la mission.</p> <p><b>Écart 5 : En ne formalisant pas une organisation des astreintes administratives et techniques (planning, procédures, calendrier) permettant d'apprécier de manière complète la continuité de direction et le niveau de sécurisation du fonctionnement de l'établissement en dehors des horaires ouverts, l'organisme gestionnaire ne garantit pas une organisation et un fonctionnement qualitatif et sécurisé de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L.311-3-1° du CASF (sécurité).</b></p>
1.2 Management et Stratégie	1.2.11. <u>La présence et le remplacement de la direction</u>	<p>Le jour de l'inspection, le 7 avril 2025, le directeur de transition était présent. L'établissement dispose également d'un directeur adjoint, dont le contrat de travail indique une prise de fonctions au 23 septembre 2024. Selon sa fiche de poste, ses missions couvrent plusieurs domaines : l'organisation et le contrôle des prestations hôtelières, la gestion technique et logistique, la participation à la gestion de l'établissement, ainsi que la gestion des relations avec les clients et le réseau externe.</p> <p>Dans le cadre de sa mission de participation à la gestion de l'établissement, il est notamment chargé d'assurer le remplacement partiel du directeur en cas d'absence.</p> <p>Cependant, l'établissement n'a pas transmis à la mission la procédure formalisée encadrant les modalités de remplacement du directeur.</p> <p><b>Remarque 4 : L'absence de transmission de la procédure formalisée encadrant les modalités de remplacement du directeur ne permet pas à la mission de vérifier les conditions effectives dans lesquelles le directeur adjoint assure le relais de direction en l'absence du titulaire.</b></p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.12. <u>Les délégations de signatures</u></p> <p><a href="#">D312-176-5 CASF</a> (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé et public - adressé au CVS et autorités compétentes)</p> <p><a href="#">R314-88 CASF</a> (prestations incluses dans les frais de siège-DUD – EHPAD privé à but non lucratif)</p> <p><a href="#">D315-68 CASF</a> (contenu délégation, EHPAD public)</p> <p><a href="#">D315-70 CASF</a> (transmission et publication des délégations – EHPAD public)</p> <p><a href="#">D315-71 CASF</a> (délégation de signature du Pdt du CA au directeur – EHPAD public)</p>	<p>Le directeur dispose d'un Document Unique de Délégation (DUD), signé le 15 janvier 2025. Ce document précise les pouvoirs qui lui sont conférés en matière de conduite et de mise en œuvre du projet d'établissement, de gestion et d'animation des ressources humaines, de gestion budgétaire, financière et comptable, ainsi que de coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs. Il lui accorde également la possibilité de subdéléguer partiellement certaines de ses attributions à des cadres de l'établissement. Il est toutefois précisé que chaque personne concernée par la subdélégation doit avoir les compétences, l'autorité et les moyens nécessaires pour accomplir les missions qui lui sont confiées. La liste des personnes bénéficiaires d'une subdélégation n'a pas été transmise à la mission.</p> <p>En outre, le directeur dispose d'une délégation de signature signée également le 15 janvier 2025.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires				
1.2 Management et Stratégie	1.2.13. <u>L'IDEC</u> <i>"Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement" HAS-2011</i>	<p>Selon les entretiens menés, l'EHPAD disposerait d'une cadre de santé et d'une infirmière coordinatrice (IDEC), tous deux à temps plein. Cependant, l'analyse des documents transmis révèle que l'établissement emploie en réalité deux IDEC, recrutés en contrat à durée indéterminée (CDI). Pour chacune d'elles, l'établissement a transmis une fiche de poste identique, signée mais non nominative, ce qui ne permet pas à la mission de distinguer les missions propres à chaque professionnelle.</p> <p>La première IDEC est présentée comme cadre de santé. Toutefois, au regard de son contrat de travail, de son diplôme d'État d'infirmier et de sa fiche de paie qui indique une rémunération en qualité d'IDEC, la mission considère qu'elle exerce en réalité les fonctions d'infirmière coordinatrice. Elle a été embauchée le 28 novembre 2022 en tant qu'IDEC.</p> <div> <b>Remarque 5 : L'IDEC étant présentée par l'établissement comme cadre de santé alors qu'aucun document transmis la concernant ne corrobore cet état, aussi la mission d'inspection souhaite que sa situation soit clarifiée.</b> </div> <p>Concernant la seconde IDEC, l'établissement a transmis son contrat de travail, signé le 28 mars 2023, ainsi que son diplôme d'État d'infirmier, mais sans joindre sa fiche de paie. Cette professionnelle a été embauchée le 31 mars 2023. Selon les entretiens, elle serait placée sous la responsabilité hiérarchique de la première IDEC, présentée comme cadre de santé, ce qui expliquerait son absence aux réunions du comité de direction (CODIR), auxquelles cette dernière participe.</p> <p>Il convient également de souligner qu'aucune des deux ne dispose d'une formation spécifique à l'exercice des fonctions d'infirmier coordinateur (IDEC).</p> <div> <b>Remarque 6 : Aucune des deux infirmières coordinatrices (IDEC) ne justifie d'une formation spécifique à la coordination. Par ailleurs, la transmission de fiches de poste identiques, non nominatives, ne permet pas à la mission de distinguer clairement les responsabilités et missions attribuées à chacune d'elle. Cette situation est de nature à créer de la confusion entre les IDEC sur les rôles respectifs de chacune d'entre elles et envers les personnels soignants.</b> </div>				
	bsence 1.2.14. <u>Le MédCo : temps de présence</u> <i>D312-156 CASF (ETP MédCo)</i> <i>L313-12 (V) CASF (Temps MédCo par plusieurs médecins)</i>	<div> <b>Vérification de la mise en œuvre de l'Injonction (N°I2) notifiée le 24/11/2023</b> </div> <p>Lors de l'inspection du 24 novembre 2025, il a été demandé à l'établissement de recruter dès que possible un médecin coordonnateur (MédCo) à temps plein, et dans cette attente assurer une présence conforme à la réglementation par des médecins coordonnateurs remplaçants ainsi qu'une astreinte nocturne, et informer chaque mois des diligences entreprises pour trouver un MédCo la délégation départementale du Val-de-Marne (ARS DD-94) ainsi que la Direction de l'autonomie du Conseil départemental du Val-de-Marne (CD-94).</p> <p>Délai : 3 mois</p> <table> <tr> <td>LD I-2a-2023 : Confirmer à nos services que le temps de travail de coordination du médecin coordonnateur est désormais conforme aux exigences de l'article</td><td> <b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>   <b>Correction non mise en œuvre.</b> </td><td>I-2b-2023 : Confirmer l'embauche effective de médecin(s) prescripteur(s) (pressenti ou autre médecin) pour garantir le suivi médical nécessaire pour les</td><td> <b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>   <b>Correction mise en œuvre</b> </td></tr> </table>		LD I-2a-2023 : Confirmer à nos services que le temps de travail de coordination du médecin coordonnateur est désormais conforme aux exigences de l'article	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction non mise en œuvre.</b>	I-2b-2023 : Confirmer l'embauche effective de médecin(s) prescripteur(s) (pressenti ou autre médecin) pour garantir le suivi médical nécessaire pour les
LD I-2a-2023 : Confirmer à nos services que le temps de travail de coordination du médecin coordonnateur est désormais conforme aux exigences de l'article	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction non mise en œuvre.</b>	I-2b-2023 : Confirmer l'embauche effective de médecin(s) prescripteur(s) (pressenti ou autre médecin) pour garantir le suivi médical nécessaire pour les	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction mise en œuvre</b>			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires			
		D. 312-156 dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2023 (temps plein, 1 ETP pour un Ehpad de 200 places et plus) psychologique – AMP, d'accompagnant éducatif et social AES et d'auxiliaire de vie sociale AVS.	<b>Injonction faisant l'objet d'une injonction globale sur l'organisation des soins dans le cadre d'une procédure ad hoc. Aussi elle n'est pas traitée dans le rapport</b>	résidents de l'établissement qui n'ont pas de médecin traitant libéral. Délai : 1 mois	<b>Injonction retirée.</b>
		<p style="text-align: center;"><b>Inspection du 7 avril 2025 :</b></p> <p>Un médecin était présent dans l'établissement le jour de l'inspection. Selon les entretiens menés, l'EHPAD dispose d'un temps médical réparti entre 0,80 ETP pour la fonction de médecin coordonnateur et 0,20 ETP pour celle de médecin prescripteur.</p> <p>Il ressort également des entretiens qu'un médecin du siège intervient en appui, en raison de la coordination médicale partiellement assurée par le médecin coordonnateur en poste. Cette intervention a lieu une journée toutes les deux semaines, en présentiel ou à distance, selon la charge de travail du médecin sur l'ensemble des établissements du groupe. Par ailleurs, il a été indiqué qu'un second médecin prescripteur est actuellement en poste à hauteur de 0,30 ETP, et qu'un recrutement complémentaire est en cours pour renforcer l'équipe médicale. Les entretiens ont également mis en évidence l'absence d'intervention de médecins traitants libéraux extérieurs pour la prise en charge médicale individuelle des résidents.</p> <p>L'analyse des documents contractuels montre qu'un médecin a été recruté à temps plein à compter du 2 juin 2022. Son contrat de travail précise une répartition des fonctions à raison de 0,80 ETP pour la coordination médicale et de 0,20 ETP pour la prescription. Deux fiches de paie distinctes ont été transmises, l'une pour chaque fonction, ce qui confirme la ventilation déclarée du temps de travail entre les deux activités de ce médecin. Cependant, le médecin consacre majoritairement son temps aux activités de prescription, en contradiction avec les termes de son contrat, qui prévoient une prédominance des missions de coordination.</p> <p>Or, conformément à l'article D. 312-156 du Code de l'action sociale et des familles, les EHPAD dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places doivent disposer d'un médecin coordonnateur à temps plein (1 ETP). La mission constate que le temps de présence actuellement dédié à la coordination médicale est de 0,80 ETP, ce qui est inférieur aux exigences réglementaires</p> <p>Il est à noter que ce médecin a présenté sa démission pour un départ de la structure le 30/04/2025, aussi celui-ci n'aura plus de MEDCO à cette date. La direction a précisé être en négociation avec un médecin gériatre en vue du remplacement du MEDCO.</p> <p>S'agissant de la qualification du médecin coordonnateur de l'établissement, [REDACTED], a été transmis à la mission.</p>			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><b>Écart 6 : En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur exerçant à 1 ETP réglementaire, et titulaire d'un des diplômes permettant d'exercer cette fonction l'établissement ne peut garantir une prise en charge médicale sécurité et qualitative, ce qui contrevient aux articles D312-156 et 157 du CASF.</b></p> <p>Le 10 avril 2025, la médecin inspectrice de la mission s'est rendue de nouveau dans l'établissement afin de poursuivre les investigations sur site et de mener les entretiens prévus avec le personnel soignant. À cette occasion, il a été porté à sa connaissance, au cours d'un entretien, que le médecin prescripteur en poste à hauteur de 0,30 ETP [REDACTED]</p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.15. <u>Les 14 missions du MédCo</u>  <u>L312-158 CASF</u> (14 missions du MédCo)</p>	<p>Le contrat de travail du médecin coordonnateur comporte onze des quatorze missions du médecin coordonnateur. Les missions ci-dessous ne font pas partie des missions consignées dans son contrat de travail :</p> <p>11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents.</p> <p>12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.</p> <p>14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1.</p> <p><b>Écart 7 : Le contrat de travail du médecin coordonnateur ne mentionne pas l'ensemble des missions qu'il doit réaliser dans le cadre de la coordination médicale au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article L312-158 du CASF.</b></p>
1.2 Management et Stratégie	<p>1.2.16. <u>Les affichages</u>  <u>L311-4 CASF</u> (contrat de séjour - livret d'accueil avec charte droits et libertés, règlement de fonctionnement)  <u>R311-34 CASF</u> (règlement de fonctionnement affiché et remis à tout résident, professionnels ou bénévole)</p>	<p>La mission a noté la présence d'un certain nombre d'affichages, visibles au niveau de l'accueil de l'établissement.</p> <p><u>Affichages obligatoires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêté d'autorisation (tarifs hébergement / arrêté du CD) ;</li> <li>• Tarifs et horaires des diverses prestations ;</li> <li>• Tarif prestation intervenant extérieur ;</li> <li>• Prix unitaire des produits vendus ;</li> <li>• Arrêté de dotation globale ;</li> </ul>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">R311-32-1 CASF</a> (relevé de décisions du CVS peut être consulté sur place par résidents, famille, ....)</p> <p><a href="#">R314-162 CASF</a> (équation tarifaire relative aux soins)</p> <p><a href="#">L112-1 Code de la consommation</a> (Prix unitaire des produits vendus et prestations extérieures)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les 3 tarifs dépendance ;</li> <li>• Numéro de téléphone 3977 (ALMA)</li> <li>• PV des CVS et composition CVS ;</li> <li>• Charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li>• Règlement intérieur</li> </ul> <p><b>Écart 8 :</b> Les résultats de la dernière enquête de satisfaction, l'organigramme nominatif précisant les ETP, liens hiérarchiques et fonctionnels et les procès-verbaux des commissions de restauration ne sont pas affichés dans l'établissement ce qui contrevient aux articles D.311-15 du CASF.</p> <p><b>Remarque 7 :</b> L'organigramme nominatif précisant les ETP, liens hiérarchiques et fonctionnels et les procès-verbaux des commissions de restauration ne sont pas affichés alors que c'est recommandé.</p> <p>Informations obligatoires par tout moyen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des personnes qualifiées</li> <li>• Livret d'accueil</li> </ul> <p>Eléments recommandés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme des animations de la semaine ;</li> <li>• Menus de la semaine</li> </ul>

### 1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3 Animation et fonctionnement des instances	<p>1.3.1. <u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u></p> <p><a href="#">Décret N°2022-688 du 25 avril 2022</a></p>	Vérification de la mise en œuvre de la recommandation (N°R3) notifiée le 24/11/2023

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires	
	<p><a href="#">D311-4 CASF</a> (nb et répartition des membres du CVS)</p> <p><a href="#">D311-5 CASF</a> (membres minimum du CVS)</p> <p><a href="#">D311-6 CASF</a> (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation)</p> <p><a href="#">D311-7 CASF</a> (carence de représentation au CVS)</p> <p><a href="#">D311-8 CASF</a> (durée du mandat des élus et fin de mandat))</p> <p><a href="#">D311-9 CASF</a> (président du CVS et directeur)</p> <p><a href="#">D311-10 CASF</a> (modalité d'élection du CVS)</p> <p><a href="#">D311-11</a> et <a href="#">D311-13</a> et <a href="#">D311-14 CASF</a> (éligibilité des membres du CVS)</p> <p><a href="#">D311-15 CASF</a> (missions du CVS)</p> <p><a href="#">D311-16 CASF</a> (3 CVS au minimum par an + ODJ communiqué au moins 8 jours avant)</p> <p><a href="#">D311-17 CASF</a> (validité des avis du CVS)</p> <p><a href="#">D311-18 CASF</a> (invitation au CVS de personnes à titre consultatif)</p> <p><a href="#">D311-19 CASF</a> (règlement intérieur du CVS)</p> <p><a href="#">D311-20 CASF</a> (relevés de conclusions du CVS)</p>	<p>LD R3-2023 : Assurer la disponibilité permanente, pour d'éventuels contrôles, des documents relatifs à la composition et au fonctionnement du conseil de la vie sociale</p>	<p><b>Constat dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025 :</b></p> <p><b>Correction mise en œuvre</b></p> <p><b>Recommandation retirée</b></p>
		<p><b>Inspection du 7 avril 2025 :</b></p>	
		<p>L'établissement a transmis les documents suivants : feuille d'émargement des présents au conseil de la vie sociale du 23 octobre 2024, le règlement intérieur du CVS en date du 4 juin 2021, les résultats des élections des membres du CVS du 9 mars 2023, 3 comptes rendus de CVS en 2023 (30/01, 30/05 et 21/09), 2 en 2024 (5/03, 21/12).</p> <p>A la lecture de ces documents, la mission constate les irrégularités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la composition des membres du CVS décrite dans le règlement intérieur n'est pas conforme à l'article D. 311-5 du CASF. En effet, le MEDCO ne figure pas parmi les membres permanents ;</li> <li>- il n'y est pas précisé que le président doit assurer l'expression libre de tous les membres du CVS conformément à l'article D. 311-9 du CASF ;</li> <li>- le règlement intérieur n'établit pas « les droits et libertés des résidents » comme question pouvant être soumise à consultation du CVS ; ce qui contrevient à l'article D. 311-15 du CASF ;</li> <li>- le règlement ne prévoit pas la rédaction d'un rapport d'activité annuel du CVS conformément à l'article D. 311-20 du CASF</li> </ul>	
		<p><b>Écart 9 : Le règlement intérieur n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-15 et D. 311-20 du CASF.</b></p>	
		<p>Au regard des 5 comptes rendus du CVS transmis par l'établissement, la mission constate les non-conformités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en 2024, le CVS ne s'est pas réuni au moins 3 fois par an,</li> <li>- l'absence d'information systématique aux membres du CVS des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre</li> </ul>	
		<p><b>Écart 10 : En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale au moins 3 fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.</b></p>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><b>Écart 11 : En n'informant pas les membres du conseil de la vie sociale des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-10 CASF.</b></p>

## 1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4 Gestion de la qualité	<p>1.4.1. <u>Les professionnels référents et le responsable qualité</u></p> <p><i>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</i></p>	<p>Il ressort des entretiens menés que, depuis octobre 2009, une responsable qualité est en poste au sein de l'établissement. Placée sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'EHPAD, elle intervient sur trois établissements du groupe ARPAVIE. Elle travaille selon un régime de forfait jours, avec des horaires flexibles, assurant une présence de deux à trois jours par semaine à l'EHPAD. Sa journée de travail commence généralement entre 9h et 10h et se termine entre 18h et 20h, voire parfois jusqu'à 21h30.</p> <p>La responsable qualité est membre du comité de direction (CODIR), du comité de pilotage qualité (COPIL qualité), et participe activement aux réunions du Conseil de la vie sociale (CVS). Elle est également impliquée dans les démarches de retour d'expérience (RETEX).</p> <p>Conformément à sa fiche de poste, actualisée en janvier 2023, sa mission principale consiste à assurer la déclinaison, au sein de l'établissement, des programmes qualité définis par la direction du réseau médico-social et le pôle qualité. Elle anime et coordonne les actions d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques issues des diagnostics internes, met en œuvre les outils d'évaluation nécessaires, veille au respect des procédures en vigueur et en évalue l'applicabilité.</p> <p>Les missions qui lui sont confiées s'articulent autour des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotage de la démarche qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Élaboration, suivi et mise à jour du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) ;</li> <li>○ Suivi et contrôle des actions correctrices engagées.</li> </ul> </li> <li>• Gestion des événements indésirables : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participation aux réunions relatives aux événements indésirables graves (EIG) ;</li> <li>○ Rôle de conseil et d'accompagnement auprès des équipes.</li> </ul> </li> <li>• Responsabilité de l'évaluation HAS : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organisation de l'évaluation externe ;</li> </ul> </li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Préparation d'un plan d'action qualité, actuellement en retard sur certains axes liés aux soins.</li> <li>• Formation et sensibilisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mise en place d'actions de formation ciblées, notamment à destination des équipes de nuit (évaluation HAS) ;</li> <li>○ Sensibilisation au circuit de déclaration des événements indésirables et au traitement des réclamations.</li> </ul> </li> </ul> <p>Son champ d'intervention couvre l'ensemble des domaines d'activité de l'EHPAD : soins, administration, hôtellerie, restauration, logistique, etc. Elle est également chargée de la mise à jour des procédures et de l'élaboration de documents de synthèse, incluant notamment les résultats des enquêtes de satisfaction actualisées.</p> <p>Par ailleurs, elle anime les réunions du COPIL qualité, en assure la préparation (ordre du jour) et la rédaction des comptes rendus.</p> <p>Selon les informations recueillies lors des entretiens, la responsable qualité est bien identifiée et reconnue par les équipes professionnelles de l'établissement, qui la perçoivent comme une interlocutrice ressource dans la mise en œuvre et le pilotage de la politique qualité.</p>
1.4 Gestion de la qualité	<p>1.4.2. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u></p> <p><a href="#"><u>L312-8 CASF</u></a> (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)</p> <p><a href="#"><u>D311-25 CASF</u></a> (CVS ou autre forme de participation dans la démarche d'évaluation de la qualité des prestations)</p> <p><a href="#"><u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</u></a> (Critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la HAS)</p> <p><a href="#"><u>HAS-Procédure d'auto-évaluation des ESSMS-mai 2022</u></a></p>	<p>Selon les entretiens, l'établissement dispose d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ). À la date de l'inspection, le 7 avril, toujours d'après les entretiens, ce plan comptabilisait 110 actions, dont 51 non réalisées, 31 en cours de traitement, 28 traitées, et 22 ayant dépassé leur délai d'échéance.</p> <p>D'après l'analyse du document transmis, la mission confirme l'existence d'un PACQ couvrant la période de janvier 2023 à janvier 2025. Ce plan recense 99 actions principales, chacune suivie par un pilote désigné, assortie d'une date d'échéance et d'un statut d'avancement. Ces actions se déclinent en 207 sous-actions réparties dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médical et soins</li> <li>• Système d'information</li> <li>• Accompagnement des publics spécifiques</li> <li>• Politique des ressources humaines</li> <li>• Restauration</li> <li>• Événements indésirables</li> <li>• Sécurité</li> <li>• Hébergement</li> <li>• Admission des résidents</li> <li>• Relations avec les prestataires</li> <li>• Budget et finances</li> <li>• Qualité et gestion des risques</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Il convient de noter que, parmi les 207 sous-actions, 127 sont déclarées comme traitées, 40 sont en cours de traitement, 35 n'ont pas encore été traitées et 5 ont été annulées. Au total, 95 sous-actions présentent un dépassement de leur délai de traitement depuis 2023, soit 46 % du volume total. Ces retards concernent majoritairement le domaine médical.</p> <p>Selon les entretiens, les actions en retard sont principalement liées aux soins, ce que confirme l'analyse du PACQ. Les personnes interrogées attribuent ce retard à plusieurs facteurs : la difficulté dans la rédaction des actions (manque de clarté, objectifs mal définis), le manque d'implication du médecin coordonnateur (MEDCO) dans les comités de pilotage qualité (COPIL), ainsi qu'un grand nombre d'actions non pérennes ou considérées comme excessivement lourdes à mettre en œuvre.</p> <p>Selon les entretiens menés, le PACQ est intégré dans un logiciel dédié. La responsable qualité en assure le suivi. À ce titre, 58 fiches actions du PACQ ont été transmises à la mission.</p> <p>Le PACQ fait l'objet d'un suivi régulier lors des Comités de Pilotage Qualité (COPIL), qui réunissent les membres du Comité de Direction (CODIR) et sont animés par la responsable qualité. Ces réunions abordent notamment l'état d'avancement du PACQ, la préparation de l'évaluation externe, l'analyse des résultats des questionnaires de satisfaction ainsi que la conduite d'actions collectives, en particulier dans le domaine de la gestion des urgences. Elles abordent également le suivi des plaintes et réclamations.</p> <p>Le suivi global du plan relève du responsable qualité, qui supervise également la gestion des plaintes, réclamations et événements indésirables. Lors des COPIL, la responsable qualité alerte les équipes sur les points critiques, apporte des conseils sur l'organisation interne, présente les outils utilisés et l'état d'avancement des actions inscrites au PACQ. Les membres du COPIL travaillent collectivement, lors des séances, sur l'organisation de l'évaluation externe.</p> <p>Selon les calendriers annuels de réunions pour l'année 2024, la mission constate que douze COPIL qualité ont été organisés. Plusieurs comptes rendus ont été transmis, comprenant la liste des participants.</p> <p>Enfin, les entretiens révèlent que certaines prestations externalisées telles que la restauration, l'entretien du linge et la tenue professionnelle ne semblent pas faire l'objet d'évaluations périodiques formalisées.</p>
1.4 Gestion de la qualité	<p><b>1.4.3. L'évaluation et l'auto-évaluation</b></p> <p><a href="#">L312-8 CASF</a> (auto-évaluation et évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)</p> <p><a href="#">D312-204 CASF</a> (calendrier évaluations -tous les 5 ans)</p> <p><a href="#">D312-200 CASF</a> (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS)</p> <p><a href="#">D312-203 CASF</a> (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)</p> <p><a href="#">HAS-Procédure d'auto-évaluation des ESSMS-mai 2022</a></p> <p><a href="#">HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</a></p>	<p>Une évaluation interne a été organisée en 2013, conformément à la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM publiée en 2012. Cette démarche, menée en amont de l'évaluation externe, a constitué une première étape dans l'analyse des pratiques et l'engagement de l'établissement dans une dynamique qualité.</p> <p>La dernière évaluation externe a ensuite été réalisée par la Haute Autorité de Santé en 2014, à l'aide de l'outil <i>Guide d'autoévaluation HAS</i>. Elle avait mobilisé l'ensemble des équipes ainsi que la direction. Cette évaluation avait révélé un bilan globalement positif, et le rapport avait été transmis dans les délais impartis à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Toutefois, elle avait également mis en évidence la nécessité de renforcer la formation, jugée insuffisante, en particulier sur les bonnes pratiques professionnelles et la gestion des risques psychosociaux. Ce déficit contribuait à la démotivation du personnel et à une dégradation de la qualité des prises en charge.</p> <p>Il ressort des entretiens que l'établissement se prépare actuellement à sa prochaine évaluation externe. La responsable qualité élabore notamment une formation spécifique à destination des équipes de nuit, en lien avec le lancement de cette nouvelle évaluation par la HAS.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4 Gestion de la qualité	<p><b>1.4.4. La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</b></p> <p><a href="#">L119-1 CASF</a> (Définition maltraitance)</p> <p><a href="#">L311-8 CASF</a> (ESMS : politique bientraitance, projet établissement, formation, ...)</p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager)</p> <p><a href="#">Circulaire relative à la lutte c/ la maltraitance et au développement de la bientraitance</a> du 20 février 2014</p> <p><a href="#">Instruction DGAS/2A n°2007-112</a> du 22 mars 2007</p> <p><a href="#">« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »</a> HAS-2008</p> <p><a href="#">« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... »</a> HAS 2008</p> <p><a href="#">Guide méthodologique « Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte », HAS, 2012</a></p>	<p>Selon les personnes interrogées, une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance existe au niveau du siège du groupe. Toutefois, cette politique nécessite une adaptation au contexte spécifique de l'établissement. Elle est ainsi en cours de réécriture par la responsable qualité, afin de l'adapter aux réalités locales. Cette politique est également décrite dans le livret d'accueil de l'établissement et pilotée par la responsable qualité.</p> <p>Une charte de bientraitance a été élaborée et transmise à la mission d'inspection. Néanmoins, la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance ne sont pas formellement inscrites dans le projet d'établissement.</p> <p>D'après les entretiens, ces thématiques sont abordées lors des Comités de Pilotage Qualité (COPIL), mais l'établissement souligne un manque de structuration autour de la politique qualité et de la bientraitance.</p> <p>En ce qui concerne le signalement, l'établissement dispose d'un protocole spécifique à la maltraitance, remis à chaque salarié lors de son embauche, comme le mentionne le livret d'accueil. Toutefois, aucun document spécifique n'a été transmis à la mission. En pratique, les fiches de signalement des événements indésirables (EI) sont utilisées pour déclarer les faits de maltraitance.</p> <p>En complément, la mission relève l'existence d'une fiche technique dédiée au signalement des agressions, élaborée par le siège ; toutefois, celle-ci n'a pas été communiquée à la mission</p>
		<div data-bbox="775 671 2114 746" style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p><b>Remarque 7 : L'absence de transmission du document spécifique aux signalements des agressions interroge sur la mise en œuvre effective de la procédure de signalement relative aux agressions.</b></p> </div> <p>Par ailleurs, les professionnels sont informés de leur obligation de signaler tout fait ou toute suspicion de maltraitance, ainsi que des dispositifs à leur disposition pour effectuer ces signalements. Trois canaux de signalement sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le logiciel utilisé pour les événements indésirables et graves (EI/EIG) ;</li> <li>• Le numéro 3977 – ALMA (Allô Maltraitance), affiché dans l'établissement et bien connu du personnel ;</li> <li>• Le signalement auprès des services de l'Agence Régionale de Santé (ARS).</li> </ul> <p>En outre, des fiches en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) ont été mises à disposition des résidents pour leur permettre d'identifier les différentes formes de maltraitance et de savoir comment réagir. Ces fiches contiennent des illustrations et des descriptions simples de situations types. Une fiche intitulée « État généreux » explique également les modalités de signalement. Par ailleurs, une cartographie des risques de maltraitance au sein de l'établissement a été réalisée.</p> <p>S'agissant de la formation, la mission constate qu'un professionnel a suivi une session dédiée à l'analyse des pratiques professionnelles entre le 10 et le 17/04/2025. Cependant, aucun document ne permet de confirmer l'existence d'un groupe d'analyse des pratiques formalisé dans l'établissement.</p> <p>L'absence de transmission des documents relatifs aux groupes d'analyse des pratiques professionnelles ne permet pas à la mission d'évaluer la mise en place et l'efficacité de ces dispositifs au sein de l'établissement.</p> <p>De plus, selon les entretiens, quelques actions de sensibilisation ont été mises en place entre collègues, mais celles-ci ne sont pas formalisées.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Le calendrier de formation 2025 fait état de deux sessions consacrées à la bientraitance, organisées les 28 et 29 avril 2025 ainsi que de deux autres prévues les 12 et 13 mai 2025. Selon les entretiens, bien que le plan de formation soit rédigé, il n'est pas systématiquement suivi.</p> <p>Enfin, il ressort des entretiens qu'un dispositif de soutien psychologique est en place pour les professionnels en difficulté : cinq consultations avec un psychologue sont offertes par l'établissement. En complément, un recours à la médecine du travail est également possible</p>
1.4 Gestion de la qualité	<p><b>1.4.5. Les situations de violence ou harcèlement</b></p> <p><a href="#">L 331-8-1 CASF</a> (information aux autorités des dysfonctionnements graves)</p> <p><a href="#">Art. 40 du code de procédure pénale</a> (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit-ESSMS public)</p> <p><a href="#">Art. 434-3 du code pénal</a> (seulement en recommandation si besoin de rappel à la direction ESSMS privé) (sanction si non signalement de faits de maltraitance sur mineur ou personne incapable de se protéger en raison de son âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse)</p> <p><a href="#">Art. 226-14 du code pénal</a> (seulement en recommandation si besoin de rappel à la direction et médecins) (dérogation au secret médical si privations ou sévices)</p>	<p>Selon les entretiens, il n'existe pas de document spécifique dédié au signalement des situations de violence ou de harcèlement. Les professionnels sont invités à suivre la procédure classique de déclaration des événements indésirables (EI). Par ailleurs, des fiches en Facile à Lire et à Comprendre (FALC), disponibles au sein de l'établissement, permettent aux résidents d'identifier les situations de violence, y compris sexuelles, et de savoir comment réagir.</p> <p>Les situations de violence ou de harcèlement sexuel sont abordées selon les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre une personne accueillie et un membre du personnel : il s'agit d'un événement indésirable grave (EIG), traité comme un cas de maltraitance. Une fiche spécifique est utilisée pour le signalement, et des mesures de protection sont mises en place.</li> <li>• Entre une personne accueillie et une personne extérieure à l'établissement : la direction prend en charge le signalement et la gestion de la situation.</li> <li>• Entre deux professionnels : la situation est traitée conjointement par la direction et le responsable des ressources humaines.</li> <li>• Entre deux personnes accueillies : le signalement se fait également via la fiche de maltraitance, sous la responsabilité de la direction.</li> </ul> <p>L'établissement dispose d'une fiche de classification des événements indésirables. Enfin, selon les entretiens, des signalements sont effectués auprès de l'autorité judiciaire lorsque la situation l'exige.</p>
1.4 Gestion de la qualité	<p><b>1.4.6. La vidéosurveillance dans les chambres des résidents</b></p> <p>CNIL, <a href="#">vidéosurveillance en chambre en EHPAD-05/2024</a></p>	<p>L'établissement est placé sous vidéosurveillance, conformément à une procédure affichée dans le lutin d'accueil. Quinze caméras sont installées dans les halls et aux accès stratégiques, excluant les espaces de vie et les zones privatives. L'enregistrement des images est temporaire et leur accès est strictement encadré. Il n'existe pas de visionnage en direct ; seules les personnes habilitées à savoir la direction, la direction adjointe, le directeur territorial, le pôle équipement techniques et sécurité ARPAVIE, le prestataire de maintenance, ainsi que les forces de l'ordre sur réquisition peuvent consulter les images, protégées par des mots de passe. Ce dispositif vise à renforcer la sécurité et à contribuer à la prévention des actes de maltraitance</p>
1.4 Gestion de la qualité	<p><b>1.4.7. La déclaration des cas de maltraitements</b></p> <p><a href="#">L119-1 CASF</a> (Définition maltraitance)</p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (respect sécurité et dignité du résident)</p> <p><a href="#">L311-8 CASF</a> (politique de promotion de la bientraitance et lutte contre maltraitance : RH, formation, contrôle)</p>	<p>L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique dédiée au signalement des cas de maltraitance. En l'absence de ce document, ce sont les fiches d'événements indésirables (EI) qui sont utilisées pour signaler les faits. Une feuille de déclaration est mise à disposition à l'accueil et dans les étages, et les membres du comité de direction (CODIR) en assurent la réception avant de procéder à la saisie dans le logiciel. Toutefois, les soignants n'ont pas d'accès direct à ce logiciel, ce qui limite leur autonomie dans le processus de déclaration. De plus, il ressort des entretiens que les signalements ne sont pas anonymisés, ce qui peut dissuader certains professionnels, notamment en raison de la crainte de représailles. Il a notamment été rapporté que certains vacataires ayant effectué des signalements n'ont pas été recontactés pour de futures vacations. Par ailleurs, une communication jugée insuffisante entre les équipes soignantes et administratives</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">L 331-8-1 CASF</a> (information aux autorités des dysfonctionnements graves)</p> <p><a href="#">R331-8 CASF</a> (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p><a href="#">Arrêté du 28/12/2016</a> relatif à l'obligation de signalement des ESMS</p> <p><a href="#">L313-24 CASF</a> (protection du signalant)</p> <p><a href="#">Art. 434-3 du code pénal</a> (seulement en recommandation si besoin de rappel à la direction) (sanction si non signalement de faits de maltraitance sur mineur ou personne incapable de se protéger en raison de son âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse)</p> <p><a href="#">« La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre »</a> ANESM-2008</p> <p><a href="#">« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »</a>-ANESM-2008</p> <p><a href="#">« Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »</a>-ANESM-2009</p> <p><a href="#">« Prévention, repérage et accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée »</a>-ANESM-2014</p>	<p>renforce ces freins à la déclaration. Bien que le numéro ALMA soit affiché dans l'établissement, aucun signalement de maltraitance n'a été enregistré depuis 2024.</p> <div data-bbox="795 280 2101 354" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Remarque 8 : L'établissement ne dispose pas de procédure interne spécifique aux signalements des cas de maltraitance.</b></p> </div> <p>Selon la procédure de gestion des événements indésirables en date du 24 juillet 2024, tout événement indésirable doit obligatoirement être signalé au Directeur par l'ensemble des professionnels. En parallèle, l'événement doit être enregistré dans un logiciel qualité, via le module « déclaration ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le salarié dispose d'un compte sur le logiciel : il est tenu d'effectuer lui-même la déclaration directement dans le logiciel.</li> <li>• Si le salarié ne dispose pas de compte : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Il doit remplir une « Fiche d'Événement Indésirable Interne » (FEI).</li> <li>○ Cette fiche complétée doit être transmise à son supérieur hiérarchique, à une personne disposant d'un compte ou directement au Directeur.</li> <li>○ La personne destinataire est alors responsable de la saisie de la déclaration dans le logiciel.</li> </ul> </li> <li>• Si le salarié n'est pas en capacité de remplir la fiche FEI : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Il doit informer son supérieur hiérarchique, une personne habilitée ou le Directeur.</li> <li>○ Cette personne se charge ensuite d'effectuer la déclaration sur le logiciel</li> </ul> </li> </ul> <p>Il est précisé dans la procédure de gestion des événements indésirables que l'établissement a l'obligation de signaler sans délai les événements indésirables graves (EIG) et les événements indésirables associés aux soins (EIAS) aux autorités compétentes, notamment l'ARS et/ou le Conseil Départemental.</p> <p>Par ailleurs, d'après les extractions des déclarations d'événements indésirables internes de 2024 transmises par l'établissement, la mission constate qu'une situation a été déclarée le 9 février 2024, qualifiée à la fois de maltraitance envers un résident ou usager et de comportement violent d'un usager envers un autre usager ou un membre du personnel. Cette situation a été considérée comme un événement indésirable grave (EIG) et a été déclarée à l'ARS le 2 avril 2024.</p>

## 1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u> <a href="#">L311-6 CASF</a> (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation) <a href="#">D311-21 CASF</a> (autres formes de participation) <a href="#">L311-3 (1° et 3°) CASF</a> (Respect dignité, sécurité et PEC de qualité du résident)	<p>Un système d'enregistrement permanent et de suivi est en place. Les salariés cadres de l'établissement utilisent un logiciel dédié pour effectuer les déclarations, puis reçoivent un courriel de confirmation.</p> <p>Des enquêtes de satisfaction ont été mises en place pour l'année 2023. Aucune enquête de satisfaction n'a été transmise pour 2024, aussi la mission considère qu'elle n'a pas été réalisée.</p> <p><b>Écart 12 : L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction en 2024 ce qui entrave les droits des résidents et des familles et contrevient à l'article D311-15-III du CASF</b></p> <p><b>Écart 13 : Les bilans des réclamations et plaintes ne sont pas présentés lors des réunions de CVS, ce qui contrevient à l'article R.331-10 CASF.</b></p>
	1.5.2. <u>La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)</u> <a href="#">R1413-67 et 68 CSP</a> (définition EIGS et obligation de déclaration en interne) <a href="#">L313-24 CASF</a> (protection du salarié déclarant) <a href="#">Arrêté du 28/12/2016 modifié</a> (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) <a href="#">L331-10 CASF</a> (CVS avisé des EI) <a href="#">HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</a> <a href="#">HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</a> (Critère impératif 3.12 du guide d'évaluation de la HAS)	<p>La mission d'inspection a été destinataire d'une procédure de gestion des EI-EIG-EIGS réactualisée le 24.07.2024, qui inclut la gestion interne dans un logiciel dédié.</p> <p>Les salariés peuvent déclarer via une procédure déjà existante et mise à disposition. Une bannette est disponible pour que le salarié puisse partager cet événement à un cadre qui pourra ensuite le déclarer via un logiciel dédié.</p> <p><b>Remarque 9 : La mission constate que les personnels ne sont pas formés aux événements indésirables.</b></p> <p>La mission d'inspection constate que l'établissement n'a pas transmis la charte de déclaration d'incitation aux signalements malgré sa demande.</p> <p><b>Écart 14 : En n'élaborant pas de charte de déclaration d'incitation aux signalements à l'attention des professionnels, l'établissement contrevient à l'article L. 313-24 du CASF.</b></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>1.5.3. <u>La procédure de gestion des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament</u></p> <p><a href="#">Arrêté du 28/12/2016 modifié</a> (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p> <p><a href="#">R1413-67 CSP</a> (définition EIG)</p> <p><a href="#">Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023</a>-page 36 (importance de déclaration de tout EI lié à la PECM)</p>	<p>Selon les entretiens menés, une procédure de gestion des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament est élaborée et mise à disposition des professionnels de l'EHPAD.</p> <p>Il ressort des entretiens menés qu'en cas d'erreur de dispensation, de préparation ou d'administration d'un médicament, une déclaration d'évènement indésirable est systématiquement réalisée au moyen d'un logiciel dédié. Celle-ci est effectuée par : le directeur, le médecin coordonnateur, la cadre de santé, le responsable qualité ou les psychologues.</p> <p>Les soignants témoins d'une erreur médicamenteuse renseignent les fiches papier de réclamation interne et les déposent dans une boîte à lettres qui leur est destinée. La boîte à lettres est contrôlée chaque jour de la semaine par le responsable qualité ou le directeur de l'EHPAD. Les fiches de déclaration sont disponibles dans tous les postes de soins et à l'accueil de l'EHPAD.</p> <p>Le traitement de ces événements indésirables est assuré au fil de l'eau. Un retour systématique des suites données à chaque évènement indésirable en lien avec le circuit du médicament est réalisé auprès de son déclarant. Lorsque les mesures correctives ont une portée à moyen ou long terme, elles sont incluses dans le PACQ de l'EHPAD.</p>
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI/EIG</u></p> <p><a href="#">Arrêté du 28/12/2016 modifié</a> (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p> <p><a href="#">R.331-8 CASF</a> (obligation de déclarer les EI avec l'analyse détaillée)</p> <p><a href="#">R1413-69 CSP</a> (Le formulaire de déclaration à ARS)</p> <p><a href="#">R.331-10 CASF</a> (information du CVS +/- les dispositions envisagées)</p> <p>HAS, "<a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance</a>", 2008", (p.19)</p> <p><a href="#">HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</a> (Critère impératif 3.13.3 du guide d'évaluation de la HAS)</p>	<p>La mission d'inspection a été destinataire d'un bilan sur le suivi de la traçabilité des EI-EIG saisies dans un logiciel dédié.</p> <p>Au titre de l'année 2023, 19 EI, 6 EIG et 2 EIGS sont enregistrés soit au total 36 événements.</p> <p>Au titre de l'année 2024, 6 EI, 17 EIG, 12 EIGS et 8 plaintes sont enregistrés soit au total 38 événements.</p> <p>Le tableau fait état également de 5 remerciements.</p> <p>Les personnels et soignants n'ayant pas la possibilité de signaler les événements sur le logiciel utilisent les fiches de signalement et les déposent dans la boîte aux lettres "fiches d'événements indésirables" près du bureau RH.</p> <p>La mission d'inspection a été destinataire d'un COPIL qualité sur la période de décembre 2023 et un second COPIL qualité concernant les mois de février, mai, juin, et juillet 2024 dans lequel il est évoqué un COPIL qualité suivi PACQ.</p> <div data-bbox="795 951 2101 1023"> <p><b>Remarque 10 : Le logiciel dédié à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est partiellement rempli. En effet, le PACQ n'est pas suivi régulièrement.</b></p> </div>
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>1.5.5. <u>La déclaration et l'analyse des chutes.</u></p>	<p>Selon la « Procédure relative à la gestion, l'analyse/suivi et la prévention des chutes » présentée ci-dessous, toutes les chutes survenues au sein de l'EHPAD sont déclarées par le biais du logiciel métier [REDACTED].</p> <p>L'analyse des données transmises par l'établissement relatives aux chutes survenues en 2024 et sur les trois premiers mois de l'année 2025 conduit aux deux constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED] chutes ont été déclarées en 2024. L'évolution de leur nombre mensuel n'est ni constante, ni ascendante, ni descendante (voir Annexe IV) ;</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>- Cent quatre chutes ont été déclarées sur les trois mois de l'année 2025. Cette augmentation du nombre de déclarations des chutes peut être expliquée soit par l'augmentation du nombre mensuel des chutes, soit par l'amélioration de leur déclaration par les soignants.</p> <p>Il ressort des entretiens menés ainsi que des documents transmis, qu'une conduite à tenir en cas de chute est élaborée et disponible pour les soignants (Réf. : Procédure relative à la gestion, l'analyse/suivi et la prévention des chutes, Réf. DEX-DM, version 1 du 15 mars 2023, noms du rédacteur, validateur et approbateur consignés). Cette procédure, qui est complète, comporte huit annexes. Celle-ci permettent aux professionnels témoins d'une chute de disposer non seulement de la conduite à tenir en cas de chute, mais également des informations nécessaires à leur déclaration dans [REDACTED], à la saisie en parallèle avec la déclaration d'une transmission ciblée, à leur analyse, et à la mise en place d'un plan d'actions.</p> <p>Selon les entretiens menés, en cas de chute constaté par des AS/AMP, celles-ci prennent en charge le résident qui a chuté sans le bouger. Elles recueillent le contexte de survenue de cette chute, prennent les constantes et avisent l'IDE référente. L'IDE analyse la situation et appelle le médecin coordonnateur lorsqu'il est présent dans l'établissement. En son absence, un avis auprès du SAMU est demandé. Une surveillance de trois heures est systématiquement mise en place, afin d'évaluer la présence d'un traumatisme crânien concomitant.</p> <p>Les chutes sont déclarées systématiquement par le biais du logiciel [REDACTED]. L'annexe 3 de la procédure relative à la gestion, l'analyse/suivi et la prévention des chutes présente au moyen des captures d'écran les principales étapes de la déclaration d'une chute.</p> <p>Selon le protocole transmis, des réunions mensuelles des chutes réunissent : le médecin coordonnateur, la cadre de santé, l'IDEC, les psychologues pour discuter la prise en charge des résidents qui font des chutes à répétition. Leur tenue n'était pas effective au moment de l'inspection sur site.</p> <div data-bbox="795 890 2103 965"> <p><b>Remarque 11 :</b> Les réunions mensuelles telles que mentionnées dans la Procédure relative à la gestion, l'analyse/suivi et la prévention des chutes ne sont pas mises en place dans l'établissement</p> </div>
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>1.5.6. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u></p> <p><u>L331-8-1 CASF</u> (obligation de déclaration des EIG aux autorités)</p> <p><u>Arrêté du 28/12/2016 modifié</u> (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p> <p><u>R.331-8 à 10 CASF</u> (Modalités de déclaration EIG aux autorités)</p>	<p>La mission d'inspection a été destinataire sur l'année 2024, de 8 fiches EIG. Il est mentionné sur la fiche que 7 fiches sur 8 ont été adressées à l'ARS mais le Conseil départemental 94 n'a pas été destinataire de fiches EIG sur ce dernier document.</p> <div data-bbox="784 1134 2103 1238"> <p><b>Écart 15 :</b> Le Conseil départemental n'a pas été destinataire de signalements en 2024 et a reçu un EIG en date du 8 avril 2025. Aucun retour d'expériences n'a été transmis dans les 3 mois à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.</p> </div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#">R 1413-79 CSP</a> (déclaration des infections associées aux soins, IAS) <a href="#">R1413-67 à 73 CSP</a> (déclaration et suivi des EIGS) <a href="#">Article 40 Code de procédure pénale</a> (plainte et dénonciation au pénal)	

## 2 Fonctions support

### 2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																				
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.1. <u>Les effectifs professionnels soignants</u>	<p>Les documents de gestion des effectifs soignants (tableau de suivi des effectifs, fiches de paie, contrat de travail...) font état des éléments suivants.</p> <p><b>1. <u>Le cadre juridique d'exercice des professionnels</u> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Les professionnels soignants de l'établissement relèvent du code du travail et de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951<sup>11</sup> (selon les fiches de paie).</li></ul> <p><b>2. <u>L'effectif pluriprofessionnel de soin</u> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Au jours de l'inspection, l'établissement emploie l'équipe pluriprofessionnelle soignante suivante en équivalent temps plein (ETP) :</li></ul> <p>a) <u>Personnel soignant, accompagnant et faisant fonction</u> :</p> <table><tr><th colspan="5">Contrat à durée indéterminée (CDI)</th><th rowspan="2">Total général</th></tr><tr><th colspan="2">Affectation</th><th>Aide-soignant (AS)<sup>12</sup></th><th>Accompagnant éducatif et social (AES)<sup>13</sup></th><th>Infirmier diplômé d'Etat (IDE)</th><th>Auxiliaire de vie (ADV)</th></tr><tr><td rowspan="2">Equipe A</td><td>Jour</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Nuit</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td rowspan="2">Equipe B</td><td>Jour</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Nuit</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Equipe C<sup>14</sup></td><td>Jour</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td colspan="2">Total général</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></table>	Contrat à durée indéterminée (CDI)					Total général	Affectation		Aide-soignant (AS) <sup>12</sup>	Accompagnant éducatif et social (AES) <sup>13</sup>	Infirmier diplômé d'Etat (IDE)	Auxiliaire de vie (ADV)	Equipe A	Jour	■	■	■	■	■	Nuit	■	■	■	■	■	Equipe B	Jour	■	■	■	■	■	Nuit	■	■	■	■	■	Equipe C <sup>14</sup>	Jour	■	■	■	■	■	Total général		■	■	■	■	■
	Contrat à durée indéterminée (CDI)					Total général																																																
	Affectation		Aide-soignant (AS) <sup>12</sup>	Accompagnant éducatif et social (AES) <sup>13</sup>	Infirmier diplômé d'Etat (IDE)		Auxiliaire de vie (ADV)																																															
	Equipe A	Jour	■	■	■	■	■																																															
		Nuit	■	■	■	■	■																																															
	Equipe B	Jour	■	■	■	■	■																																															
		Nuit	■	■	■	■	■																																															
	Equipe C <sup>14</sup>	Jour	■	■	■	■	■																																															
	Total général		■	■	■	■	■																																															

<sup>11</sup> Identifiant des conventions collectives n°29.

<sup>12</sup> Y compris, le cas échéant, les agents ayant suivi la formation d'assistant de soins en gériatrie (ASG).

<sup>13</sup> Y compris, le cas échéant, les agents titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (AMP/AES).

<sup>14</sup> L'équipe C regroupe les professionnels qui travaillent du lundi au vendredi. Ils sont amenés ainsi à collaborer avec les agents de l'équipe A et de l'équipe B au cours de leur cycle de travail hebdomadaire.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																												
		<p><u>A noter :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>6 postes d'IDE et 7 postes d'AS/AES sont à pourvoir (selon le tableau de suivi des effectifs).</li><li>L'établissement a recours à de courts contrats à durée déterminée (moins de 3 mois) (selon les fiches de paie de mars 2025), que la mission n'a pas inclus dans le décompte des effectifs, pour des raisons explicitées à la section « Analyse de la conformité quantitative et qualitative de l'effectif soignant et accompagnant » (Cf. infra). La mission a également exclu du décompte les stagiaires, car il s'agit de personnel en formation.</li><li>Sur les 6,5 ETP d'ADV faisant fonction d'AS/AES : 5,5 ETP sont en cours de formation qualifiante, et 1 ETP le sera en 2026 (selon le tableau de suivi des effectifs).</li><li>L'une des 2 cadres IDE occupe la fonction de cadre de santé (cf. 1.2.13 ci-dessus) ; la deuxième, sous la responsabilité de la première, occupe la fonction d'IDEC<sup>15</sup>.</li></ul> <p>b) <u>Personnel médical</u></p> <table><tr><td></td><td>Médecin coordonnateur (MEDCO)</td><td>Médecin prescripteur (MEDEP)</td><td>Pharmacien</td><td>Total général</td></tr><tr><td>CDI</td><td>■</td><td>■</td><td>I</td><td>■</td></tr></table> <p><u>A noter :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Le temps de présence du MEDCO (1 ETP) est partagé comme suit : ■ dédié à la coordination, et ■ à la prescription médicale (selon son contrat de travail).</li><li>En plus de ce temps de prescription (■), un autre MEDEP intervient à hauteur de ■ (selon le tableau de suivi des effectifs).</li></ul> <p>c) <u>Personnel paramédical et assimilé</u></p> <table><tr><td></td><td>Psychologue</td><td>Masseur kinésithérapeute</td><td>Ergothérapeute</td><td>Psychomotricien</td><td>Pédicures-podologues</td><td>Orthophoniste</td><td>Préparateur en pharmacie</td><td>Total général</td></tr><tr><td>CDI</td><td>■</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>■</td><td>■</td></tr></table>		Médecin coordonnateur (MEDCO)	Médecin prescripteur (MEDEP)	Pharmacien	Total général	CDI	■	■	I	■		Psychologue	Masseur kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien	Pédicures-podologues	Orthophoniste	Préparateur en pharmacie	Total général	CDI	■	I	I	I	I	I	■	■
	Médecin coordonnateur (MEDCO)	Médecin prescripteur (MEDEP)	Pharmacien	Total général																										
CDI	■	■	I	■																										
	Psychologue	Masseur kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien	Pédicures-podologues	Orthophoniste	Préparateur en pharmacie	Total général																						
CDI	■	I	I	I	I	I	■	■																						

<sup>15</sup> IDEC = Infirmier coordinateur. (Il s'agit d'un poste d'encadrement fonctionnel habituel dans le secteur des EHPAD. Il n'existe pas de diplôme d'Etat d'infirmier coordinateur à ce jour).



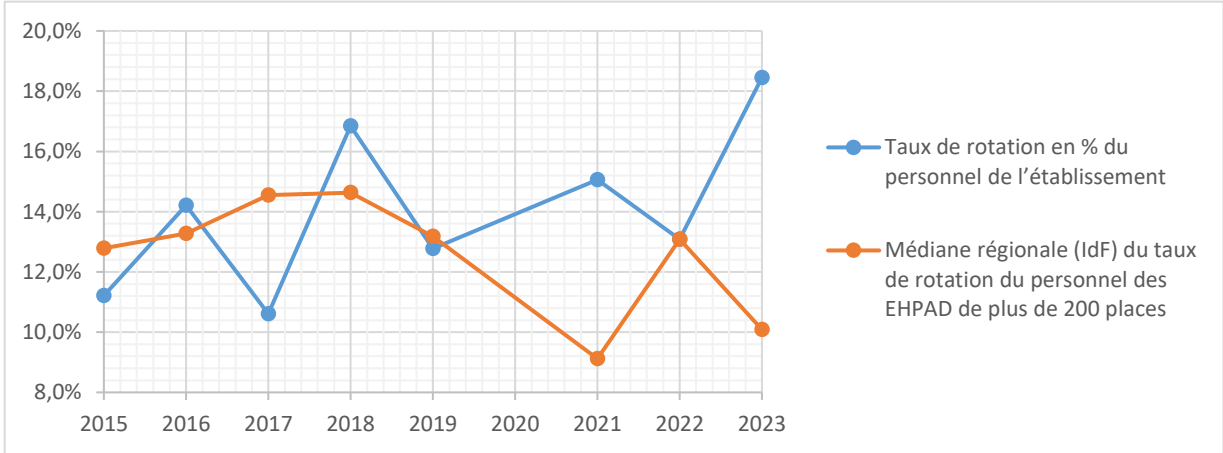
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																				
		<p><b>3. <u>Analyse de la conformité quantitative et qualitative de l'effectif soignant et accompagnant :</u></b></p> <p>La mission informe que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS validée et en vigueur pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.</p> <p>Par ailleurs, la mission considère que pour assurer la continuité des soins, et <i>a fortiori</i>, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable<sup>16</sup>, et repose notamment sur la présence de professionnels en statut pérenne<sup>17</sup> majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.</p> <div><p>Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP minimums rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)</p><math display="block">\frac{(Capacité\ d'hébergement\ permanent \times GMP\ établissement\ validé)}{R_{GMP} = 3200} = \text{ETP AS/AES requis}</math><math display="block">\frac{(Capacité\ d'hébergement\ permanent \times PMP\ établissement\ validé)}{R_{PMP} = 4300} = \text{ETP IDE requis}</math></div> <p>a) <u>Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de :</u></p> <table><tr><th>Critères</th><th>Valeur</th><th>Poste</th><th>ETP requis</th><th>Commentaire</th></tr><tr><td>Capacité autorisée en hébergement permanent (HP)</td><td>■</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>GMP en vigueur (validé en 2018)</td><td>■</td><td>AS/AES</td><td>■</td><td>-</td></tr><tr><td>PMP en vigueur (validé en 2018)</td><td>■</td><td>IDE</td><td>■</td><td>IDEC(s) compris</td></tr></table>	Critères	Valeur	Poste	ETP requis	Commentaire	Capacité autorisée en hébergement permanent (HP)	■	-	-	-	GMP en vigueur (validé en 2018)	■	AS/AES	■	-	PMP en vigueur (validé en 2018)	■	IDE	■	IDEC(s) compris
Critères	Valeur	Poste	ETP requis	Commentaire																		
Capacité autorisée en hébergement permanent (HP)	■	-	-	-																		
GMP en vigueur (validé en 2018)	■	AS/AES	■	-																		
PMP en vigueur (validé en 2018)	■	IDE	■	IDEC(s) compris																		

<sup>16</sup> Haute Autorité de Santé. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2022.

<sup>17</sup> La mission considère que le statut d'un professionnel est pérenne lorsqu'il est soit titulaire de son poste dans le secteur public, soit en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée d'une durée égale à au moins 3 mois, dans le secteur privé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																		
		<p>b) <u>Si l'établissement devait signer prochainement un CPOM, les constats seraient les suivants :</u></p> <div>Remarque 12 : L'effectif d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) de 5,5 équivalents temps plein (ETP) serait non conforme en termes de quantité aux critères du CPOM de l'ARS-IDF. En effet, selon ces critères, il faudrait a minima 11,74 ETP pour que l'établissement soit en mesure d'assurer la sécurité et la qualité de la délivrance des soins infirmiers aux résidents. Ainsi, il lui manquerait 5,24 ETP d'IDE en contrat/statut pérenne à cet effet.</div> <div>Remarque 13 : L'effectif d'aide-soignant (AS)/d'accompagnant éducatif et social (AES) de 43,5 ETP serait non conforme en termes de quantité aux critères du CPOM de l'ARS-IDF. En effet, selon les critères, il faudrait a minima 46,21 ETP pour que l'établissement soit en mesure d'assurer la sécurité et la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents. Ainsi, il lui manquerait 2,71 ETP d'AS/AES en contrat pérenne à cet effet.</div>																																		
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Les expériences et formations du personnel soignant intervenant la nuit</u>	<p>Le service de nuit est assuré par 12 professionnels en CDI et à temps plein.</p> <p>Ils se répartissent en 2 équipes (A et B) de 6 soignants, comme suit :</p> <table><tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">Catégorie de personnel</th><th rowspan="2">Total général</th></tr><tr><th colspan="2"></th><th>AS</th><th>AES</th><th>IDE</th><th>ADV</th></tr><tr><td>Equipe A</td><td>Nuit</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Equipe B</td><td>Nuit</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td colspan="2">Total général</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></table> <p><u>Qualification et ancienneté dans leur profession (Cf. tableau ci-dessous pour plus de détail) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>La très grande majorité des professionnels de nuit est diplômé : seul l'ADV de l'équipe A ne dispose d'aucun des diplômes d'Etat exigé par l'article D312-155-0, II du CASF pour exercer en tant que soignant au sein de l'EHPAD. Cela étant, il est en cours de formation qualifiante AS (selon son contrat d'alternance).</li><li>Les AS ont une ancienneté médiane de 12 ans dans leur profession ; pour les IDE, elle s'établit à 17,5 ans.</li></ul>			Catégorie de personnel				Total général			AS	AES	IDE	ADV	Equipe A	Nuit	■	■	■	■	■	Equipe B	Nuit	■	■	■	■	■	Total général		■	■	■	■	■
		Catégorie de personnel				Total général																														
		AS	AES	IDE	ADV																															
Equipe A	Nuit	■	■	■	■	■																														
Equipe B	Nuit	■	■	■	■	■																														
Total général		■	■	■	■	■																														



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><b>Écart 16 : La mission constate que les inscriptions à l'ordre des professionnels infirmiers n'ont pas été transmises à la mission malgré sa demande, aussi l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.4311-15 du CSP.</b></p> <p><b>Remarque 14 : Lorsqu'il recrute, l'établissement ne contrôle pas systématiquement l'inscription à l'ordre des soignants qui sont concernés.</b></p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>La stabilité des effectifs</u>	<p>Depuis 2016, l'établissement déclare annuellement les taux d'absentéisme et de rotation de son personnel dans le tableau de bord de l'ANAP<sup>18</sup>. De ces données, la mission constate les éléments suivants :</p> <p><u>Les taux de rotation annuels :</u></p>  <p>[Données manquantes masquées]</p> <p>[Données manquantes masquées]</p> <p>[Données manquantes masquées]</p>

<sup>18</sup> Agence nationale d'appui à la performance. Le tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial est un outil permettant le dialogue de gestion, le pilotage interne, le *benchmark* (ou parangonnage/comparaison) et la connaissance de l'offre. A noter : Les campagnes d'une année N portent sur les données de l'année N-1 (exemple : la campagne ANAP 2016 porte sur les données de l'année 2015).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																										
		<p>Par ailleurs, l'établissement a transmis les données « bruts » permettant d'établir les taux de rotation de son personnel des années 2022, 2023 et 2024. De ces données, on constate que l'établissement a déclaré des taux incorrects pour les années 2022 et 2023. En effet, si on applique le mode<sup>19</sup> de calcul de l'ANAP, le taux de rotation du personnel de ces années sont les suivants :</p> <table><tr><th>Année</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>Taux de rotation en usant le mode de calcul de l'ANAP</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Taux déclaré par l'établissement sur l'ANAP</td><td>■</td><td>■</td><td>I</td></tr></table> <p>L'établissement a déclaré en 2022 et 2023 des taux de rotation de son personnel qui sont erronés, car il n'a pas respecté le mode de calcul du <a href="#">guide des indicateurs du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social</a>.</p> <p><u>Les taux d'absentéisme annuels (hors formation) :</u></p> <table><caption>Données du graphique d'absentéisme (hors formation) en %</caption><tr><th>Année</th><th>Taux d'absentéisme (hors formation) en %</th><th>Médiane régionale (IdF) du taux d'absentéisme (hors formation) des EHPAD de plus de 200 places</th></tr><tr><td>2015</td><td>12%</td><td>8%</td></tr><tr><td>2016</td><td>14%</td><td>9%</td></tr><tr><td>2017</td><td>9%</td><td>9%</td></tr><tr><td>2018</td><td>12%</td><td>11%</td></tr><tr><td>2019</td><td>32%</td><td>10%</td></tr><tr><td>2020</td><td>24%</td><td>11%</td></tr><tr><td>2021</td><td>14%</td><td>13%</td></tr><tr><td>2022</td><td>14%</td><td>14%</td></tr><tr><td>2023</td><td>12%</td><td>9%</td></tr></table>	Année	2022	2023	2024	Taux de rotation en usant le mode de calcul de l'ANAP	■	■	■	Taux déclaré par l'établissement sur l'ANAP	■	■	I	Année	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	Médiane régionale (IdF) du taux d'absentéisme (hors formation) des EHPAD de plus de 200 places	2015	12%	8%	2016	14%	9%	2017	9%	9%	2018	12%	11%	2019	32%	10%	2020	24%	11%	2021	14%	13%	2022	14%	14%	2023	12%	9%
Année	2022	2023	2024																																									
Taux de rotation en usant le mode de calcul de l'ANAP	■	■	■																																									
Taux déclaré par l'établissement sur l'ANAP	■	■	I																																									
Année	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	Médiane régionale (IdF) du taux d'absentéisme (hors formation) des EHPAD de plus de 200 places																																										
2015	12%	8%																																										
2016	14%	9%																																										
2017	9%	9%																																										
2018	12%	11%																																										
2019	32%	10%																																										
2020	24%	11%																																										
2021	14%	13%																																										
2022	14%	14%																																										
2023	12%	9%																																										

<sup>19</sup> [Guide des indicateurs Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social \(campagne 2022\), diapositive n°91.](#)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aussi, ces données indiquent que les effectifs de l'établissement sont souvent confrontés à une désorganisation causée par l'absence du personnel ce qui ne favorise pas leur stabilité.</li> </ul> <p><b>Écart 17 : Depuis 2015, les taux élevés de rotation et d'absentéisme du personnel montrent une instabilité des effectifs. Cette instabilité entraîne surcharge de travail, stress, baisse de motivation et coûts supplémentaires du personnel, et nuit à la continuité, sécurité et qualité des soins des résidents ; ce qui contrevient aux articles L311-3 1° et 3° du CASF.</b></p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	<p>L'établissement conserve les dossiers administratifs du personnel dans le bureau<sup>20</sup> de la secrétaire en charge des ressources humaines.</p> <p>La mission a consulté 6 dossiers :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les dossiers échantillonnés étaient correctement tenus : la plupart des documents administratifs (les cartes nationales d'identité, les diplômes, les évaluations annuelles et entretiens professionnels...) étaient présents et à jour. Toutefois, la mission a noté l'absence d'attestation d'inscription à l'ordre professionnel dans le dossier de l'IDE en CDD (ce qui corrobore le constat du point 2.1.3 ci-dessus).</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Les prestataires externes</u>	<p>L'établissement déclare l'intervention de 3 masseurs-kinésithérapeutes exerçant en mode libéral.</p> <p>Leurs identifiants RPPS<sup>21</sup> respectifs ([REDACTED]) sont répertoriés sur le site annuaire.sante.fr : ce qui induit leur inscription à l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que la validité et reconnaissance de leurs diplômes, certificats ou titres qui sont requis pour l'exercice de cette profession en France. Ils sont ainsi tous inscrits à l'ordre des kinés et leur carte professionnelle respective est en vigueur au jour de l'inspection (selon leur fiche RPPS).</p> <p>L'établissement a conclu une convention d'intervention individuelle avec chacun des 3 masseurs-kinésithérapeutes. Les signatures des conventions sont datées du 25 janvier 2018, 4 janvier 2023 et 1 janvier 2024.</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Le plan de formation des professionnels</u>	<p>L'établissement a transmis les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des documents récapitulant les formations réalisées en 2022, 2023 et 2024 ;</li> <li>les orientations du groupe en matière de formation pour la période 2025 à 2027 ;</li> <li>les justificatifs des professionnels en cours de formation qualifiante.</li> </ul> <p><u>Les formations visant le maintien et/ou le développement des compétences</u></p>

<sup>20</sup> Nommé « pôle RH ».

<sup>21</sup> Répertoire partagé des professionnels de santé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>A la lecture de ces documents, il est constaté la présence de formations dispensées par des organismes de formations externes, qui visent l'actualisation, le maintien et/ou le développement des compétences de l'ensemble du personnel (formation incendie, formation bientraitance...).</li> </ul> <p><u>Les formations visant la qualification professionnelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En plus des formations visant l'amélioration de leur compétence, l'établissement met en œuvre une politique de qualification des professionnels soignants non qualifiés. En effet, sur les 6,5 ETP d'ADV en CDI, 5,5 sont en cours de formation qualifiante par alternance (selon leur contrat de professionnalisation ou de promotion/reconversion professionnelle (Pro-A)) et 1 ETP le sera en 2026 (selon le tableau de suivi des effectifs).</li> <li>La mission note que cette politique de qualification s'applique également aux soignants en CDD. Ainsi, 3 soignants non qualifiés et en CDD sont en cours de formation qualifiante, via un contrat de professionnalisation (selon leur contrat).</li> <li>Enfin, cette politique de qualification s'inscrit dans la politique plus large du groupe. En effet, pour la période 2025-2027, la priorité du groupe en la matière est la qualification des soignants non qualifiés (selon ses orientations de formation pour la période 2025 à 2027).</li> </ul> <p><b>En conclusion :</b></p> <p>Sur 3 années consécutives, l'établissement a réalisé des formations visant l'actualisation, le maintien ou le développement des compétences de son personnel. Il incite également la promotion professionnelle de ses soignants non qualifiés, qu'il soit en CDI ou en CDD, via une politique active de leur qualification.</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	<p>L'établissement n'a pas transmis la procédure d'accueil des nouveaux professionnels qui lui a été demandée. La mission considère ainsi qu'il ne l'a pas formalisée.</p> <p><b>Remarque 15 : L'établissement n'a pas formalisé la procédure d'accueil du nouveau professionnel, qui détaille les étapes de son intégration en son sein, afin qu'il puisse s'adapter au contexte et aux résidents qu'il accompagnera ; ce qui contrevient à la recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relative à la bientraitance<sup>22</sup></b></p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et le questionnement éthique</u>	<p>Les entretiens ont montré que l'établissement n'a pas institué de temps d'échange collectif permettant au personnel d'interroger leurs pratiques professionnelles et la culture institutionnelle dans laquelle ils évoluent.</p> <p><b>Remarque 16 : Hors temps de transmission, l'établissement n'organise pas de temps d'échange collectif permettant d'interroger les pratiques professionnelles et la culture institutionnelle (comme une instance ou une commission éthique) ; ce qui contrevient à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relative au questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.<sup>23</sup></b></p>

<sup>22</sup> [Recommandation des bonnes pratiques professionnelles relative à la bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre \(ANESM juin 2008 Repère 4, section 2.1\).](#)

<sup>23</sup> [Recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative au questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ANESM juin 2010\).](#)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Les plannings des professionnels : confection</u>	<p><u>Communication</u> :</p> <p>Selon les entretiens, les plannings soignants sont communiqués 15 jours en avance par affichage, et sont également consultables à distance (les modalités de consultation à distance n'ont pas été explicitées à la mission).</p> <p><u>Confection</u> :</p> <p>L'établissement dispose d'un logiciel spécialisé dans l'organisation et la gestion des plannings<sup>24</sup>. Pour autant, à partir d'une extraction de ce logiciel, les plannings sont confectionnés et gérés au format tableur<sup>25</sup>.</p> <p>Les entretiens ont montré que plusieurs professionnels interviennent dans la confection des plannings : le Directeur adjoint, la cadre de santé, la secrétaire en charge des RH<sup>26</sup> et l'apprentie en charge des RH. Le processus de confection, non formalisé, est le suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Le Directeur adjoint</u> prépare le planning qu'il nomme « planning brut ». Il y renseigne le roulement, les congés validés, les différents arrêts et absences du personnel (arrêt de travail, arrêt maladie...), les jours de formation, et les mi-temps thérapeutiques.</li> <li>2. En parallèle et en cas de besoins de remplacement, <u>l'apprentie RH</u> contacte les soignants du pool de remplacement pour noter leur disponibilité dans le cahier des disponibilités : elle y renseigne leur jour de disponibilité pour effectuer des remplacements au sein de l'établissement.</li> <li>3. Une fois le « planning brut » établi, <u>la cadre de santé</u> y renseigne les soignants du pool de remplacement qu'elle retient pour combler ses besoins en remplacement.</li> <li>4. Enfin, dans ce processus, <u>la secrétaire des RH</u> édite, à partir des plannings, les contrats de travail des soignants remplaçants qui seront signés par le Directeur adjoint. (Au jour de l'inspection, l'apprentie RH a la charge de suppléer à cette tâche en cas d'absence de la secrétaire RH ; ce qui est le cas).</li> </ol> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Remarque 17 :</b> Les plannings sont confectionnés sur un logiciel tableur, alors que l'établissement dispose d'un logiciel spécialisé pour cette tâche.</p> </div>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.11. <u>Les plannings des professionnels : organisation</u>	<p>A la lecture des plannings soignants (AS/AES/ADV et IDE) réalisés de mars 2025 et prévisionnels de mai 2025, ainsi que de documents relatifs à la gestion du travail (notamment les fiches de tâches heurées), la mission constate l'organisation du temps de travail suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>La structure des horaires de travail</u></b> :</li> </ol>

<sup>24</sup> Overtime.

<sup>25</sup> Excel.

<sup>26</sup> RH = Ressources humaines.



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																				
		<ul style="list-style-type: none"><li>La journée et la nuitée de travail des soignants (<u>AS/AES/ADV</u> et <u>IDE</u>) sont en continu<sup>27</sup>.</li><li>Leurs amplitudes horaires sont longues : 11 h 30 le jour, et 10 h à 10 h 30 la nuit. Elles se décomposent comme suit :<ul style="list-style-type: none"><li>équipe de <u>jour</u> (amplitude de 11 h 30) :<ul style="list-style-type: none"><li>pour les <u>AS/AES/ADV</u>, il existe 5 plages horaires de travail, ayant chacune 1 h 30 de pause que les professionnels prennent successivement à 30 minutes d'écarts à partir de 12 h 30 (sauf pour les professionnels des UVP) :</li></ul></li></ul></li></ul> <table><tr><th colspan="5">Tableau 3 : Structure des horaires des AS/AES/ADV de jour</th></tr><tr><th>Catégorie de personnel</th><th>N°</th><th>Plage horaire de travail</th><th>Plage horaire de la pause</th><th>Durée du temps de travail effectif<sup>28</sup></th></tr><tr><td rowspan="4">AS/AES/ADV</td><td>1</td><td>7 h à 18 h 30</td><td>12 h 30 à 14 h</td><td rowspan="6">10 h</td></tr><tr><td>2</td><td>7 h 30 à 19 h</td><td>13 h à 14 h 30</td></tr><tr><td>3</td><td>8 h à 19 h 30</td><td>13 h 30 à 15 h</td></tr><tr><td>4</td><td>9 h à 20 h 30</td><td>14 h à 15 h 30</td></tr><tr><td rowspan="2">AS/AES/ADV UVP<sup>29</sup></td><td>5</td><td>8 h à 19 h 30</td><td>12 h 30 à 14 h</td></tr><tr><td>6</td><td>8 h 30 à 20 h</td><td>14 h à 15 h 30</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none"><li>pour les <u>IDE</u>, il existe 3 plages horaires de travail, ayant chacune 1 h 30 de pause également prise à partir de 12 h 30. Il est prévu que 2 IDE prennent leur pause au même moment, et que le troisième la prenne 1 heures plus-tard :</li></ul> <table><tr><th colspan="5">Tableau 4 : Structure des horaires des IDE de jour</th></tr><tr><th>Catégorie de personnel</th><th>N°</th><th>Plage horaire de travail</th><th>Plage horaire de la pause</th><th>Durée du temps de travail effectif</th></tr><tr><td rowspan="3">IDE</td><td>7</td><td>6 h 45 à 18 h 15</td><td>12 h 30 à 14 h</td><td rowspan="3">10 h</td></tr><tr><td>8</td><td>7 h à 18 h 30</td><td>12 h 30 à 14 h</td></tr><tr><td>9</td><td>7 h 30 à 19 h</td><td>13 h 30 à 15 h</td></tr></table>	Tableau 3 : Structure des horaires des AS/AES/ADV de jour					Catégorie de personnel	N°	Plage horaire de travail	Plage horaire de la pause	Durée du temps de travail effectif <sup>28</sup>	AS/AES/ADV	1	7 h à 18 h 30	12 h 30 à 14 h	10 h	2	7 h 30 à 19 h	13 h à 14 h 30	3	8 h à 19 h 30	13 h 30 à 15 h	4	9 h à 20 h 30	14 h à 15 h 30	AS/AES/ADV UVP <sup>29</sup>	5	8 h à 19 h 30	12 h 30 à 14 h	6	8 h 30 à 20 h	14 h à 15 h 30	Tableau 4 : Structure des horaires des IDE de jour					Catégorie de personnel	N°	Plage horaire de travail	Plage horaire de la pause	Durée du temps de travail effectif	IDE	7	6 h 45 à 18 h 15	12 h 30 à 14 h	10 h	8	7 h à 18 h 30	12 h 30 à 14 h	9	7 h 30 à 19 h	13 h 30 à 15 h
Tableau 3 : Structure des horaires des AS/AES/ADV de jour																																																						
Catégorie de personnel	N°	Plage horaire de travail	Plage horaire de la pause	Durée du temps de travail effectif <sup>28</sup>																																																		
AS/AES/ADV	1	7 h à 18 h 30	12 h 30 à 14 h	10 h																																																		
	2	7 h 30 à 19 h	13 h à 14 h 30																																																			
	3	8 h à 19 h 30	13 h 30 à 15 h																																																			
	4	9 h à 20 h 30	14 h à 15 h 30																																																			
AS/AES/ADV UVP <sup>29</sup>	5	8 h à 19 h 30	12 h 30 à 14 h																																																			
	6	8 h 30 à 20 h	14 h à 15 h 30																																																			
Tableau 4 : Structure des horaires des IDE de jour																																																						
Catégorie de personnel	N°	Plage horaire de travail	Plage horaire de la pause	Durée du temps de travail effectif																																																		
IDE	7	6 h 45 à 18 h 15	12 h 30 à 14 h	10 h																																																		
	8	7 h à 18 h 30	12 h 30 à 14 h																																																			
	9	7 h 30 à 19 h	13 h 30 à 15 h																																																			

<sup>27</sup> C'est-à-dire que le travail n'est pas entrecoupé ou fractionné par une (ou plusieurs) longue pause ; ce qui correspondrait à la journée de travail en discontinue, qui présente des risques particuliers.

<sup>28</sup> Le temps de travail effectif est défini par l'article L3121-1 du code du travail comme : « le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et se conforme à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles » : c'est le temps durant lequel les professionnels effectuent leur travail.

<sup>29</sup> Unité de vie protégée. Il s'agit d'une unité spécialisée dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																							
		<div>Remarque 18 : Les plages horaires de pause des infirmiers de jour se chevauchent entre 13 h 30 et 14 h créant une rupture dans la continuité des soins infirmiers, – contrairement à celles des AS/AES/ADV qui sont organisées pour éviter toute interruption dans la continuité de l'accompagnement des résidents.</div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>○ équipe de nuit (amplitude de 10 h à 10 h 30*) : il existe 3 plages horaires de travail, ayant chacune 30 minutes de pause que les professionnels de nuit prennent successivement à 30 minutes d'écarts à partir de 1 h du matin.</li></ul></div> <div><table><tr><th colspan="5">Tableau 5 : Structure des horaires des AS/AES/ADV et IDE de nuit</th></tr><tr><th>Catégorie de personnel</th><th>N°</th><th>Plage horaire de travail</th><th>Plage horaire de la pause</th><th>Durée du temps de travail effectif de nuit<sup>30</sup></th></tr><tr><td>AS/AES/ADV et IDE nuit</td><td>10</td><td>20 h à 6 h</td><td>1 h à 1 h 30</td><td rowspan="2">9 h 30</td></tr><tr><td rowspan="2">AS/AES/ADV nuit</td><td>11</td><td>20 h 30 à 6 h 30</td><td>1 h 30 à 2 h</td></tr><tr><td>12</td><td>21 h à 7 h 30*</td><td>2 h à 2 h 30</td><td>10 h</td></tr></table></div> <div>Remarque 19 : Un seul temps de pause est prévu pour l'ensemble des soignants (celle du déjeuner), alors qu'ils travaillent en continu et sur de longues amplitudes horaires.</div> <div>***</div> <div>2. <u>La quotité des postes :</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Presque tous les postes d'AS/AES/ADV sont occupé à temps plein (ou quotité à 100 %) ; seuls 2 postes sont occupés par des AS/AES/ADV à mi-temps ( ).</li><li>• Presque tous les postes d'IDE sont occupés à temps plein (ou quotité à 100 %) ; seuls 1 poste est occupé par un IDE à mi-temps ( ).</li></ul></div> <div>***</div> <div>3. <u>La structure du roulement :</u><ul style="list-style-type: none"><li>• La structure du roulement est le même pour les AS/AES/ADV et IDE, qu'ils soient de jour ou de nuit.</li><li>• Le roulement se répète après 2 semaines ; il est défini sur 7 jours glissant ; mardi est le premier jour de la semaine.</li></ul></div>	Tableau 5 : Structure des horaires des AS/AES/ADV et IDE de nuit					Catégorie de personnel	N°	Plage horaire de travail	Plage horaire de la pause	Durée du temps de travail effectif de nuit <sup>30</sup>	AS/AES/ADV et IDE nuit	10	20 h à 6 h	1 h à 1 h 30	9 h 30	AS/AES/ADV nuit	11	20 h 30 à 6 h 30	1 h 30 à 2 h	12	21 h à 7 h 30*	2 h à 2 h 30	10 h
Tableau 5 : Structure des horaires des AS/AES/ADV et IDE de nuit																									
Catégorie de personnel	N°	Plage horaire de travail	Plage horaire de la pause	Durée du temps de travail effectif de nuit <sup>30</sup>																					
AS/AES/ADV et IDE nuit	10	20 h à 6 h	1 h à 1 h 30	9 h 30																					
AS/AES/ADV nuit	11	20 h 30 à 6 h 30	1 h 30 à 2 h																						
	12	21 h à 7 h 30*	2 h à 2 h 30	10 h																					

<sup>30</sup> L'article 3 de « l'Accord 2002 - 01 du 17 avril 2002 visant à mettre en place le travail de nuit », de la CCN 1951, permet aux établissements de porter à 12 heures la durée maximale quotidienne du temps de travail effectif de nuit par dérogation à l'article L213-3 du code du travail.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																													
		<ul style="list-style-type: none"><li>Le roulement s'articule comme suit :<ul style="list-style-type: none"><li>En semaine 1, lorsque l'équipe A effectue 2 jours de travail (mardi, mercredi), 2 jours de repos (jeudi, vendredi) puis 3 jours de travail successifs (samedi, dimanche et lundi), l'équipe B réalise l'inverse.</li><li>En semaine 2, les deux équipes inversent leur roulement (l'équipe B effectue la semaine 1 de l'équipe A qui, elle, réalise l'inverse).</li><li>Et en semaine 3 le cycle du roulement se répète (en s'inversant à nouveau), à partir de la semaine 1 (cf. illustration ci-dessous).</li></ul></li></ul> <table><tr><td>Semaine 1</td><td>Mardi 1</td><td>Mercredi 1</td><td>Jeudi 1</td><td>Vendredi 1</td><td>Samedi 1</td><td>Dimanche 1</td><td>Lundi 1</td></tr><tr><td>Equipe A</td><td>Travail</td><td>Travail</td><td>Repos</td><td>Repos</td><td>Travail</td><td>Travail</td><td>Travail</td></tr><tr><td>Equipe B</td><td>Repos</td><td>Repos</td><td>Travail</td><td>Travail</td><td>Repos</td><td>Repos</td><td>Repos</td></tr></table> <table><tr><td>Semaine 2</td><td>Mardi 2</td><td>Mercredi 2</td><td>Jeudi 2</td><td>Vendredi 2</td><td>Samedi 2</td><td>Dimanche 2</td><td>Lundi 2</td></tr><tr><td>Equipe A</td><td>Repos</td><td>Repos</td><td>Travail</td><td>Travail</td><td>Repos</td><td>Repos</td><td>Repos</td></tr><tr><td>Equipe B</td><td>Travail</td><td>Travail</td><td>Repos</td><td>Repos</td><td>Travail</td><td>Travail</td><td>Travail</td></tr></table> <p>***</p> <p>4. <u>L'affectation des effectifs soignants (ou maquette organisationnelle) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>L'établissement a fixé les effectifs cibles soignants suivants (cf. tableau ci-dessous : Maquette organisationnelle des effectifs cibles soignants de l'établissement) :</li></ul> <table><tr><th colspan="5">Tableau 6 : Maquette organisationnelle des effectifs cibles soignants de l'établissement.</th></tr><tr><th rowspan="2">Catégorie de personnel</th><th colspan="2">Effectif cible de jour et de nuit fixé par l'établissement</th><th rowspan="2">Total</th></tr><tr><th colspan="2">Equipe A et B</th></tr><tr><td rowspan="5">AS/AES/ADV de jour</td><td colspan="2">Etages/unité</td><td>Nombre d'agent</td></tr><tr><td colspan="2">RDC - unité classique</td><td>■</td></tr><tr><td colspan="2">1<sup>er</sup> - unité classique</td><td>■</td></tr><tr><td rowspan="2">2<sup>ème</sup></td><td>unité classique</td><td>■</td></tr><tr><td>UVP</td><td>■</td></tr><tr><td colspan="2">3<sup>ème</sup> - unité classique</td><td>■</td></tr></table>	Semaine 1	Mardi 1	Mercredi 1	Jeudi 1	Vendredi 1	Samedi 1	Dimanche 1	Lundi 1	Equipe A	Travail	Travail	Repos	Repos	Travail	Travail	Travail	Equipe B	Repos	Repos	Travail	Travail	Repos	Repos	Repos	Semaine 2	Mardi 2	Mercredi 2	Jeudi 2	Vendredi 2	Samedi 2	Dimanche 2	Lundi 2	Equipe A	Repos	Repos	Travail	Travail	Repos	Repos	Repos	Equipe B	Travail	Travail	Repos	Repos	Travail	Travail	Travail	Tableau 6 : Maquette organisationnelle des effectifs cibles soignants de l'établissement.					Catégorie de personnel	Effectif cible de jour et de nuit fixé par l'établissement		Total	Equipe A et B		AS/AES/ADV de jour	Etages/unité		Nombre d'agent	RDC - unité classique		■	1 <sup>er</sup> - unité classique		■	2 <sup>ème</sup>	unité classique	■	UVP	■	3 <sup>ème</sup> - unité classique		■
Semaine 1	Mardi 1	Mercredi 1	Jeudi 1	Vendredi 1	Samedi 1	Dimanche 1	Lundi 1																																																																								
Equipe A	Travail	Travail	Repos	Repos	Travail	Travail	Travail																																																																								
Equipe B	Repos	Repos	Travail	Travail	Repos	Repos	Repos																																																																								
Semaine 2	Mardi 2	Mercredi 2	Jeudi 2	Vendredi 2	Samedi 2	Dimanche 2	Lundi 2																																																																								
Equipe A	Repos	Repos	Travail	Travail	Repos	Repos	Repos																																																																								
Equipe B	Travail	Travail	Repos	Repos	Travail	Travail	Travail																																																																								
Tableau 6 : Maquette organisationnelle des effectifs cibles soignants de l'établissement.																																																																															
Catégorie de personnel	Effectif cible de jour et de nuit fixé par l'établissement		Total																																																																												
	Equipe A et B																																																																														
AS/AES/ADV de jour	Etages/unité		Nombre d'agent																																																																												
	RDC - unité classique		■																																																																												
	1 <sup>er</sup> - unité classique		■																																																																												
	2 <sup>ème</sup>	unité classique	■																																																																												
		UVP	■																																																																												
3 <sup>ème</sup> - unité classique		■																																																																													

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires					
				4 <sup>ème</sup>	unité classique	■	
					UVP	■	
				5 <sup>ème</sup> - unité classique		■	
			AS/AES/ADV de nuit	■ (1 AS/AES/ADV à chaque étage)			■
			IDE de jour (hors cadres de santé)	■ (1 IDE à chaque étage)			■
			IDE de nuit (hors cadres de santé)	■ (pour tous les étages)			■
			Total quotidien (jour et nuit)	■ AS/AES/ADV et IDE quotidiennement (sur un seul cycle jour et nuit)			
		A l'examen du planning soignant réalisé du mois de mars 2025, la mission constate que l'établissement a atteint à ■ <sup>31</sup> son effectif cible de ■ AS/AES/ADV et IDE attendu quotidiennement.					
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>Les fiches de tâches/les glissements de tâches</u>	Vérification de la mise en œuvre de l'Injonction (N°I-1) notifiée le 24/11/2023					
LI texte : Mettre fin aux glissements de tâches et en particulier à l'embauche de personnes non qualifiées pour des fonctions d'aide-soignant. Délai : sans délai							
I-1a : les copies des diplômes de l'ensemble des personnels occupant des fonctions d'aide-soignant AS ou d'aide médico-psychologique – AMP, d'accompagnant éducatif et social AES et d'auxiliaire de vie sociale AVS.		Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025 La mesure a été mise en œuvre (Cf. 2.1.1) Injonction retirée		I-1b : fournir tout document probant permettant de constater la fin de l'utilisation du profil d'« agent de soin » et documentant la requalification des professionnels concernés. Délai : 1 mois		Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025 La mesure a été mise en œuvre (Cf. ci-dessous).	

<sup>31</sup> Taux d'atteinte de l'effectif cible théorique =  $\left( \frac{\text{Effectif cible théorique attendu au quotidien} \times \text{nombre de jours du mois de mars 2025}}{\text{Somme des effectifs réalisés au mois de mars 2025}} \right) \times 100$

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires						
		<div>Inspection du 7 avril 2025 :</div> <p>L'établissement a transmis les fiches de tâches heurées des soignants (AS/AES/IDE et ADV). Celles-ci décrivent les activités principales qu'ils doivent réaliser à une tranche horaire donnée de leur journée ou nuitée de travail (Cf. tableau ci-dessous : Quelques exemples de fiches de tâches heurées).</p> <table><tr><td>Tableau 7 : Quelques exemples de fiches de tâches heurées</td></tr><tr><td>Fiches de tâches heurées</td></tr><tr><td>« 7H/12H30- 14h/18H30 – Fiche de tâches de l'auxiliaire de vie (v. 01/2023) »</td></tr><tr><td>« 9h/14H - 15H30/20H30 - Fiche de tâches de l'accompagnant éducatif et social ou l'aide médico-psychologique (v.01/2023) »</td></tr><tr><td>« 21h / 7h - Fiche de tâches de l'aide-soignante de nuit (v. 07/2023) »</td></tr><tr><td>« 20h / 6h : Fiche de tâches de l'infirmière de nuit (v. 07/2023) »</td></tr></table> <p><u>Analyse du contenu des fiches de tâches heurées :</u></p> <p>Les activités que l'établissement prévoit de faire faire aux AS, AES, ADV ou IDE à une tranche horaire donnée correspondent à leur qualification et à leur compétence respective. L'établissement s'assure également à ce qu'il n'y ait pas de glissement de tâches. A titre d'illustration, dans toutes les fiches de tâches des ADV, qui sont du personnel règlementairement non qualifié aux soins et à l'accompagnement des résidents, l'établissement prévoit explicitement que ces professionnels ne peuvent « <i>aucunement administrer des traitements ni intervenir sur une situation d'urgence : [il/elle] doit cependant alerter l'IDE ou l'ASD de toute situation jugée dangereuses et/ou urgente</i> ».</p> <p><u>En conclusion :</u></p> <p>Les fiches de tâches heurées sont conformes à la qualification des professionnels, et permettent d'éviter les glissements de tâches.</p>	Tableau 7 : Quelques exemples de fiches de tâches heurées	Fiches de tâches heurées	« 7H/12H30- 14h/18H30 – Fiche de tâches de l'auxiliaire de vie (v. 01/2023) »	« 9h/14H - 15H30/20H30 - Fiche de tâches de l'accompagnant éducatif et social ou l'aide médico-psychologique (v.01/2023) »	« 21h / 7h - Fiche de tâches de l'aide-soignante de nuit (v. 07/2023) »	« 20h / 6h : Fiche de tâches de l'infirmière de nuit (v. 07/2023) »
Tableau 7 : Quelques exemples de fiches de tâches heurées								
Fiches de tâches heurées								
« 7H/12H30- 14h/18H30 – Fiche de tâches de l'auxiliaire de vie (v. 01/2023) »								
« 9h/14H - 15H30/20H30 - Fiche de tâches de l'accompagnant éducatif et social ou l'aide médico-psychologique (v.01/2023) »								
« 21h / 7h - Fiche de tâches de l'aide-soignante de nuit (v. 07/2023) »								
« 20h / 6h : Fiche de tâches de l'infirmière de nuit (v. 07/2023) »								
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.13.La gestion des absences prévues et imprévues	<p>Face aux absences prévues et/ou inopinées, l'établissement ne dispose d'aucune procédure écrite.</p> <p>Toutefois, les entretiens ont montré que dans pareil cas, la gouvernance réalise les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>S'agissant des absences prévues : elles sont anticipées et gérées par le Directeur adjoint, en lien avec la Cadre de santé. Pour les congés payés par exemple, les professionnels ont jusqu'au 10 du mois en cours pour lui soumettre leur demande de congés du mois d'après. Le Directeur adjoint se charge de les examiner et, toujours en lien avec la Cadre de santé, décide de les accorder ou non – selon les entretiens, au maximum 2 AS/AES/ADV d'un même étage peuvent prendre leurs congés payés en même temps.</li></ul>						



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		<p>GIR de 1 à 2 : <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span></p> <p>Dernière coupe PATHOS 23/05/2018</p> <p>Le RAMA est rédigé par le MEDCO (exercice 2022 et 2023 transmis) et le tableau de bord de la performance ESMS de l'ANAP renseigné pour l'établissement.</p> <p>La mission relève une stabilité dans le profil des résidents de l'Ehpad à la lecture des RAMA 2022 et 2023, avec une moyenne d'âge de 86 ans et une durée moyenne de séjour de 3 ans.</p> <p>Le gestionnaire n'a pas transmis le rapport d'activité annuel de l'établissement. Aussi, la mission conclut qu'il n'existe pas.</p>		
		<div>Écart 18 : En ne rédigeant pas le rapport annuel d'activité de l'établissement, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R.314-50 CASF et D.312-203 CASF</div>		
2.3 Gestion d'information	<p>2.2.2. <u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u></p> <p><a href="#">D312-158 (4°) CASF</a> (MédCo doit évaluer l'état de dépendance-GIR)</p> <p><a href="#">D312-158 (10°) CASF</a> (MédCo rédige RAMA avec équipe soignante / RAMA retrace l'évolution de l'état de dépendance et santé des résident)</p> <p><a href="#">D. 312-155-3 (9°) CASF</a> (MédCo rédige RAMA)</p> <p><a href="#">Modèle de trame RAMA-ARS pays de Loire-2020</a></p>	<p>Les trois derniers RAMA pour les années de 2022 à 2024 ont été communiqués. Ces documents ont été élaborés sous format Excel.</p> <p>Hormis le RAMA 2022 qui ne comporte pas une conclusion présentant les points nécessitant une amélioration et les éventuelles mesures correctives à envisager, les deux autres rapports retracent tous les éléments attendus à l'exception des résultats de l'analyse des évènements indésirables et des complications liées aux soins.</p>		
		<div>Remarque 21 : Les trois RAMA relatifs aux années 2022 à 2024 ne comportent ni les conclusions de l'analyse des évènements indésirables ni l'analyse des complications liées aux soins.</div>		
2.3 Gestion d'information	<p>2.2.3. <u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u></p> <p><a href="#">L331-2 CASF</a> (accès permanent au registre Entrées/Sorties des résidents)</p> <p><a href="#">R331-5 CASF</a> (registre E/S paraphé par le maire)</p>	<div>Vérification de la mise en œuvre de la recommandation (N°R2) notifiée le 24/11/2023</div> <table><tr><td>LD R2 : Assurer la disponibilité permanente, pour d'éventuels contrôles, d'un registre légal des entrées et sorties, ainsi que des informations statistiques sur les résidents accueillis</td><td><div>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</div><div>Correction non mise en œuvre s'agissant du registre des entrées et sorties des résidents</div></td></tr></table> <div>Inspection du 7 avril 2025 :</div> <p>Un registre des entrées et sorties des résidents est mis en place au sein de l'établissement, cependant celui-ci n'est pas coté ni paraphé par le maire. Il n'est pas immédiatement disponible pour les usagers de l'Ehpad car conservé dans le bureau des admissions.</p>	LD R2 : Assurer la disponibilité permanente, pour d'éventuels contrôles, d'un registre légal des entrées et sorties, ainsi que des informations statistiques sur les résidents accueillis	<div>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</div> <div>Correction non mise en œuvre s'agissant du registre des entrées et sorties des résidents</div>
LD R2 : Assurer la disponibilité permanente, pour d'éventuels contrôles, d'un registre légal des entrées et sorties, ainsi que des informations statistiques sur les résidents accueillis	<div>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</div> <div>Correction non mise en œuvre s'agissant du registre des entrées et sorties des résidents</div>			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		<div>Écart 19 : Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas en accès permanent au sein de l'Ehpad, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L331-2 CASF.</div> <div>Écart 20 : Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas paraphé par le maire, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-5 CASF.</div>		
2.3 Gestion d'information	<p>2.2.4. <u>Les dossiers administratifs des résidents</u></p> <p><u>L311-3 (3°) CASF</u> (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p><u>L311-3 (4°) CASF</u> (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p><u>L311-04-1 (I) CASF</u> (contrat de séjour et annexe liberté aller et venir)</p> <p><u>L311-5-1 CASF</u> (personne de confiance)</p> <p><u>L1111-6 CSP</u> (personne de confiance pour majeur)</p> <p>Charte des droits et libertés des résidents</p> <p><u>Annexe 3-9-1 CASF</u> (mesures pour intégrité physique et sécurité résident)</p> <p><u>R311-0-7 CASF</u> (annexe au contrat de séjour-procédure)</p> <p><u>R311-0-8 CASF</u> (annexe contrat de séjour-sécurisation résident)</p> <p><u>L313-12 (V) CASF</u> (Médecin traitant indiqué dans contrat de séjour)</p> <p>« <u>Les attentes de la personnes et le projet personnalisé</u> »-HAS-RBPP janvier 2009</p>	<div>Vérification de la mise en œuvre de la prescription (N°P2) notifiée le 24/11/2023</div> <div>LI texte :  Assurer la complétude des dossiers administratifs des personnels et des résidents, dans le respect de la réglementation.  Délai : 3 mois</div> <table><tr><td>LD P2 : Assurer la complétude des dossiers des résidents dans le respect de la réglementation. Délai : 3 mois</td><td><u>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</u> <b>Correction mise en œuvre partiellement.</b></td></tr></table> <div>Inspection du 7 avril 2025 :  Les dossiers administratifs papiers des résidents sont rangés dans des armoires fermant à clé situées dans le bureau des admissions. Les dossiers sont également dématérialisés sur l'outil [REDACTED] : volet administratif et médical (accès sécurisé).  Ces dossiers sont bien tenus (contrat de séjours et ses annexes, avis et conclusion de la visite de préadmission), toutefois sont manquants : Le projet d'accompagnement individualisé (PAI) signé en annexe du contrat de séjour dans certains dossiers consultés, les comptes-rendus des réunions de synthèse dans l'ensemble des dossiers consultés et le formulaire de désignation de son médecin de traitant figure en annexe du contrat de séjour type remis au résident.</div>	LD P2 : Assurer la complétude des dossiers des résidents dans le respect de la réglementation. Délai : 3 mois	<u>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</u> <b>Correction mise en œuvre partiellement.</b>
LD P2 : Assurer la complétude des dossiers des résidents dans le respect de la réglementation. Délai : 3 mois	<u>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</u> <b>Correction mise en œuvre partiellement.</b>			







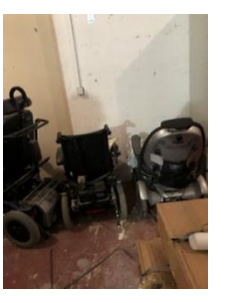
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<div data-bbox="815 252 2083 354"> <p><b>Remarque 22 :</b> Les dossiers administratifs des résidents sont bien tenus cependant certains documents nécessaires à garantir la qualité de la prise en charge des résidents sont manquants : PAI et comptes-rendus des réunions de synthèse. L'Ehpad ne s'inscrit pas dans les bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM<sup>37</sup>.</p> </div>
2.3 Gestion d'information	<p>2.2.5. <u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u></p> <p><a href="#">L311-3 (4°) du CASF</a> (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p><a href="#">L1110-4 CSP</a> (respect vie privée et secret professionnel lors de la transmission d'informations concernant un résident)</p> <p><a href="#">R4127-45 CSP</a> (secret médical et transmissibilité des informations médicales)</p>	<p>Le support des dossiers médicaux est à la fois sous format papier et sous format informatisé (i.e. logiciel Imago Senior).</p> <p>Le contenu du dossier médical papier comporte (liste non exhaustive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dossier de demande d'admission ;</li> <li>- La fiche d'observations médicales établie par le médecin coordonnateur lors de la visite de préadmission ;</li> <li>- La fiche d'accueil complétée par les psychologues ;</li> <li>- Les documents administratifs ;</li> <li>- Les différents courriers et comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation ;</li> <li>- Les examens biologiques et d'imagerie ;</li> <li>- Le DLU.</li> </ul> <p>Le contenu du dossier médical informatisé comporte (liste non exhaustive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données administratives du résident ;</li> <li>- Les observations médicales y compris l'observation à l'admission du résident ;</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les antécédents personnels et familiaux ;</li> <li>- Les transmissions soignantes narratives ;</li> <li>- Les prescriptions médicales (i.e. médicamenteuses, de rééducation, infirmières) ;</li> <li>- Les évaluations gériatriques ;</li> <li>- Les constantes (e.g. poids, IMC, pouls, tension artérielle) ;</li> <li>- Le projet d'accompagnement personnalisé du résident ;</li> <li>- Le plan de soins.</li> </ul>
2.3 Gestion d'information	<p>2.2.6. <u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u></p> <p><a href="#">R4312-35 CSP</a> (IDE protection données dossier soins)</p> <p><a href="#">R4127-45 CSP</a> (secret médical et transmissibilité des informations médicales)</p> <p><a href="#">L311-3 (4°) CASF</a> (confidentialité des informations concernant le résident)</p> <p><a href="#">L1110-4 CSP</a> (respect vie privée et secret professionnel lors de la transmission d'informations concernant un résident)</p>	<p>Lors de la visite sur site il a été constaté que les dossiers médicaux papier des résidents accueillis sur un étage sont stockés sur des étagères localisées dans le poste de soins de cet étage. Pour les résidents accueillis au rez-de-chaussée, niveau qui ne dispose pas d'un poste de soins, les dossiers médicaux papier sont stockés au niveau du poste de soins du premier étage.</p> <p>L'accès à ces dossiers est effectif pour tous les professionnels connaissant le code d'accès aux postes de soins, à savoir tous les soignants (i.e. médecin coordonnateur, cadre de santé, IDEC, IDE, AS).</p> <p><b>Écart 21 : En ne stockant pas les dossiers médicaux papier des résidents dans une armoire sécurisée, l'établissement ne respecte pas la confidentialité des données médicales ; ce qui contrevient aux articles R4127-45 I du CSP et L1110-4 CSP.</b></p>

## 2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u></p> <p><a href="#">L. 311-3 (1°) CASF</a> (Sécurité du résident)</p> <p><a href="#">Annexe 2-3-1 (II 7°) CASF</a> (Socle prestations d'hébergement en EHPAD)</p>	<p>Les locaux sont bien entretenus mais restent assez vétustes.</p> <p>Les locaux, bien que correctement entretenus, présentent un certain vieillissement. Les travaux importants entrepris par la direction ont néanmoins permis d'améliorer significativement les conditions d'habitat, notamment au rez-de-chaussée avec la rénovation des toilettes et de la salle à manger.</p> <p>Toutefois, de nombreux travaux restent à prévoir pour faire face au vieillissement général du bâtiment.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		<div>Écart 22 : L'insuffisance de sécurité dans les accès aux escaliers est de nature à compromettre la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF</div>		
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u>	La mission d'inspection a été informé qu'un cahier de suivi des réparations est disponible à chaque étage et également à l'accueil.		
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>Le système et/ou la salle de rafraichissement</u> <u>D312-155-4-2 CASF</u> (salle rafraichissante EHPAD) <u>Annexe de l'arrêté du 7 juillet 2005 modifié par arrêté du 8 août 2005</u> fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique/ Annexe : recommandation pièce rafraichissante <u>D312-161 CASF</u> (salle rafraichissante)	Dans les salles d'activités, une climatisation est présente et des climatisations mobiles sont aussi installées par les techniciens de maintenance en fonction du besoin.		
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.4. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u> <u>L. 311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité du résident)	L'EHPAD dispose de 3 ascenseurs desservant les différents étages. Le 1 <sup>er</sup> étage est sécurisé par un code mais ne relève pourtant pas d'une unité spécifique.		
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.5. <u>Les équipements facilitant le déplacement</u> <u>D312-155-0 (I 2°) CASF</u> (Les EHPAD proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée)	La mission d'inspection a constaté en sous-sol, des locaux d'entrepôt de fauteuils roulants, de matelas, de déambulateurs.		
		Local rangement matelas	Local rangement matelas	Local équipement de déplacement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires				
		Photo 1 	Photo 2 	Photo 3 	Photo 4 	Photo 5 

## 2.4. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5 Sécurités	<p>2.4.1. <u>Les déchets ménagers (DAOM) CD</u></p> <p>2.4.2. <u>Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) Adina</u></p> <p><a href="#">R1335-1 CSP</a> (définition DASRI)</p> <p><a href="#">R1335-2 CSP</a> (le producteur de DASRI est tenu de les éliminer)</p> <p><a href="#">R1335-3 CSP</a> (Convention pour élimination des DASRI)</p> <p><a href="#">R1335-5 CSP</a> (DASRI séparés des autres déchets dès leur production)</p> <p><a href="#">R1335-6 CSP</a> (conditionnement, marquage et stockage des DASRI)</p> <p><a href="#">R1335-7 CSP</a> (modalités et temps d'entreposage des DASRI)</p> <p><a href="#">Arrêté du 7 septembre 1999</a> (modalités d'entreposage des DASRI et pièces anatomiques)</p> <p><a href="#">Arrêté du 24 novembre 2003</a> (emballages des DASRI et pièces anatomiques)</p>	<p>Le circuit des DASRI</p> <p>L'établissement dispose à chaque étage d'un lieu d'entreposage des DASRI. Ceux-ci sont collectés dans des emballages dédiés à ce type de déchets. Les emballages sont marqués avec leur date d'ouverture et le nom de l'établissement.</p> <p>Le local de collecte pour tout l'établissement est localisé au niveau -1. Au moment de la visite sur site deux locaux étaient disponibles pour la collecte de ces déchets : un local ancien en cours d'utilisation et un nouvel local de stockage qui nécessitait encore quelques aménagements avant d'être utilisé.</p> <p>L'ancien local DASRI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportait sur la porte d'entrée la signalétique relative à leur collecte ;</li> <li>- N'était pas ventilé ;</li> <li>- Il était protégé des intempéries et la chaleur ;</li> <li>- Ne disposait ni d'une cuvette de rétention, ni d'une arrivée d'eau ;</li> <li>- Comportait des murs et un sol qui ne sont pas facilement lavables.</li> </ul> <p>Le nouveau local DASRI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne comportait pas encore la signalétique relative à ce type de collecte ;</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportait un système de ventilation ;</li> <li>- Était protégé des intempéries et la chaleur ;</li> <li>- Disposait d'une cuvette de rétention et d'une arrivée d'eau ;</li> <li>- Comportait des murs et un sol facilement lavables.</li> </ul> <p>Le local DASRI utilisé actuellement ne comporte pas : un système de ventilation fonctionnel, une cuvette de rétention et une arrivée d'eau.</p> <p>Selon les entretiens menés, il ressort que la fréquence d'enlèvement des DASRI est bimensuelle.</p> <p>Le prestataire qui assure l'enlèvement des DASRI est la collecte médicale. Un contrat pour 6 ans, [REDACTED] arrive à échéance le 31 décembre 2028 en l'absence de son renouvellement.</p> <p><b>Écart 23 : L'absence de signalétique sur le nouveau local DASRI contrevient au 1° de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.</b></p>
2.5 Sécurités	<p>2.4.3. <u>Les vaccinations des résidents et des professionnels</u></p> <p>Guide « <a href="https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_27_guide_vaccination_contre_le_covid_ehpad_-_usld.pdf">https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_27_guide_vaccination_contre_le_covid_ehpad_-_usld.pdf</a> »-avril 2023-Ministère santé et prévention</p>	<p>Selon les entretiens menés, le médecin coordonnateur définit et applique les modalités de surveillance des vaccinations des résidents. Environ [REDACTED] des résidents ont été vaccinés à l'automne 2024 contre la grippe saisonnière. Environ [REDACTED] des professionnels ont été vaccinés contre la grippe saisonnière à l'automne 2024.</p> <p>Selon les données transmises par la direction de l'EHPAD, à l'automne 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED] des résidents ont été vaccinés contre la grippe saisonnière ;</li> <li>- [REDACTED] des professionnels ont eu également ce type de vaccination.</li> </ul> <p><b>Remarque 23 : Les données relatives à la proportion des résidents vaccinés contre la grippe saisonnière à l'automne 2024 diffèrent selon la source d'information.</b></p>
2.5 Sécurités	<p>2.4.4. <u>L'aide à la prévention des chutes</u></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité du résident) <a href="#">D312-155-0 (I, 2°) CASF</a> (Les EHPAD "proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée")</p>	<p>Il existe des systèmes anti-chutes dans chaque espace. En effet, des barres d'appui sont mises à disposition dans les locaux communs afin de faciliter les déplacements.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires				
	<a href="#">Bilan de la campagne « Para Chute »-ARS IDF-2018</a> <a href="#">Évaluation et prise en charge des PA faisant des chutes répétées-HAS-2009</a> <a href="#">Recommandations dans l'évaluation et prise en charge des PA faisant des chutes répétées-Société française de gériatrie et gérontologie-2009</a>					
2.5 Sécurités	2.4.5. <u>La prévention des fugues</u> <a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité du résident) <a href="#">D312-155-0-2 (IV 3°) CASF</a> (UHR-déambulation dans un cadre sécurisé)	La mission d'inspection a constaté un système de digicode à l'entrée et sortie du bâtiment.				
2.5 Sécurités	2.4.6. <u>Le système d'appel malade</u> <a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité du résident) <a href="#">D312-155-0 (I, 2°) CASF</a> (EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".	<div>Vérification de la mise en œuvre de l'Injonction (N°I3) notifiée le 24/11/2023</div> <div>LI texte : Doter l'établissement d'un système d'appels malades fonctionnel permettant de rétablir leur sécurité et la qualité de leur prise en charge.  Délai : 1 mois</div> <table><tr><td>LD I-3a-2023 : Fournir à nos services le résultat d'un audit démontrant que l'ensemble des montres d'appels malades sont désormais fonctionnelles et que les personnels disposent de dispositifs d'acquiescement fonctionnels et en nombre suffisant.</td><td><b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction mise en œuvre</b>  <b>Injonction I-3a retirée</b></td><td>LD I-3b-2023 : indiquer quelles sont les mesures prises pour assurer la sécurité des autres patients (un peu moins d'une cinquantaine), dépourvus de montres d'appel, dont les patients des deux UVP.</td><td><b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction non mise en œuvre</b>  <b>Injonction I-3b maintenue</b></td></tr></table> <div>Inspection du 7 avril 2025 :</div> <div>La mission d'inspection a été destinataire des documents suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>- Une attestation d'une société en date du 8/04/2025 ayant installés les équipements d'appel malade dans l'établissement et ayant réalisé un audit de fonctionnement de ce dispositif.</li><li>- La liste des résidents par étage disposant d'une montre dite « classique » ou d'une montre dite « anti-fugue »</li></ul></div>	LD I-3a-2023 : Fournir à nos services le résultat d'un audit démontrant que l'ensemble des montres d'appels malades sont désormais fonctionnelles et que les personnels disposent de dispositifs d'acquiescement fonctionnels et en nombre suffisant.	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction mise en œuvre</b>  <b>Injonction I-3a retirée</b>	LD I-3b-2023 : indiquer quelles sont les mesures prises pour assurer la sécurité des autres patients (un peu moins d'une cinquantaine), dépourvus de montres d'appel, dont les patients des deux UVP.	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction non mise en œuvre</b>  <b>Injonction I-3b maintenue</b>
LD I-3a-2023 : Fournir à nos services le résultat d'un audit démontrant que l'ensemble des montres d'appels malades sont désormais fonctionnelles et que les personnels disposent de dispositifs d'acquiescement fonctionnels et en nombre suffisant.	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction mise en œuvre</b>  <b>Injonction I-3a retirée</b>	LD I-3b-2023 : indiquer quelles sont les mesures prises pour assurer la sécurité des autres patients (un peu moins d'une cinquantaine), dépourvus de montres d'appel, dont les patients des deux UVP.	<b>Constats dans le cadre de l'inspection du 7/04/2025</b>  <b>Correction non mise en œuvre</b>  <b>Injonction I-3b maintenue</b>			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>- Les relevés mensuels des appels malades et temps décrochés (du 11/12/2024 au 31/12/2024 ; du 31/12/2024 au 14/02/2025 et du 13/02/2025 au 8/04/2025)</p> <p>A l'examen des documents il ressort les éléments suivants :</p> <p>- L'audit réalisé par la société certifie que les équipements et les systèmes d'appel malades sont opérationnels dans l'établissement et fonctionnent conformément aux spécifications et aux normes en vigueur.</p> <p>Lors de la visite de l'établissement, la mission a constaté que le système d'appel malade est opérationnel mais ne localise pas l'emplacement du résident.</p> <p><b>Remarque 24 : Le système d'appel malade est opérationnel mais ne localise pas l'emplacement du résident quand il n'est pas dans sa chambre.</b></p> <p>- La mission relève que sur les 194 résidents présents au jours de l'inspection, ■ résidents disposent d'une montre classique ou une montre anti-fugue, ■ n'en sont pas pourvus en raison d'une incapacité cognitive à utiliser ce dispositif (l'établissement renvoi au compte-rendu de consultation médicale des résidents concernés sur le logiciel soins) et ■ résidents ont refusé d'en porter ou ne « savent pas ».</p> <p>La mission constate que l'établissement n'a pas transmis les mesures qu'il met en place pour assurer la sécurité des patients dépourvus de montre d'appel, dont les patients des deux UVP. Aussi, elle considère qu'aucune surveillance particulière n'est mise en place si la personne est incapable d'appeler ce qui ne permet pas a fortiori de prévenir notamment le risque de chute et/ou de malaise.</p> <p><b>Écart 24 : En ne disposant pas d'un dispositif permettant la surveillance de l'ensemble des résidents de l'EHPAD, l'établissement ne remplit pas son obligation d'assurer la sécurité des résidents ; ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) CASF.</b></p>

## 3 Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>La préadmission</u> <a href="#">D312-158 (2°) CASF</a> (avis du MédCo dans l'admission) <a href="#">D312-155-1 CASF</a> (demande d'admission conforme à un dossier défini par arrêté) <a href="#">D312-155-1 CASF</a> (demande d'admission en EHPAD conforme à dossier défini par arrêté) <a href="#">Arrêté du 25 novembre 2019</a> (modèle dossier unique pour admission en EHPAD) <a href="#">"Qualité de vie en EHPAD, volet 1"</a> HAS-2011	<p>Le dossier de demande unique d'admission est utilisé par l'établissement (CERFA).</p> <p>La demande est formulée directement auprès de l'établissement par les familles et les prescripteurs ou sur le site de l'association gestionnaire.</p> <p>Il n'y a pas une procédure formalisée d'admission cependant une check liste pour l'entrée des nouveaux résidents a été mise en place et actualisée au 1er janvier 2025, selon laquelle la chargée d'admission instruit la demande d'admission sur le volet administratif qui est soumise pour avis au directeur et au MEDCO et autre médecin le cas échéant. Toutefois il est fait le constat que le directeur n'émet un avis que sur les seuls dossiers refusés dans le cadre de la nouvelle procédure.</p> <p>Une fiche d'avis et de conclusion de la visite de préadmission est renseignée, comportant notamment l'avis du MEDCO.</p>
		<p><b>Remarque 25 :</b> L'établissement n'a pas mis en place une procédure d'admission formalisée précisant les critères de refus d'admission et la procédure de communication de refus d'admission auprès des demandeurs.</p>
		<p><b>Remarque 26 :</b> L'établissement n'utilise pas <b>VIA-TRAJECTOIRE</b>.</p>
		<p>Il ressort des entretiens menés que l'IDEC et/ou la cadre de santé participe à la prise de décision d'admission d'un résident au sein de l'établissement. Lorsqu'un avis médical est nécessaire à l'issue de la visite de préadmission, l'IDEC ou la cadre de santé contacte le directeur médical pour avoir son avis. Dans ce contexte, le directeur médical prend attache auprès du médecin traitant du résident quand il existe, afin d'évaluer les besoins en soins du résident et à les comparer avec l'offre de soins de l'EHPAD.</p>
		<p><b>Écart 25 :</b> Les dossiers uniques de demande d'admission ne sont pas visés par un médecin ce qui contrevient à l'article D.312-158 (2°) du CASF.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>3.1.2. <u>L'admission dans l'EHPAD</u></p> <p><u>D311 CASF</u> (Contrat de séjour)</p> <p><u>D312-158 (2° et 6°) CASF</u> (missions du MédCo)</p>	<p>Un contrat de séjour est signé par le directeur et le résident (ou son représentant) à l'admission au sein de l'Ehpad. Un exemplaire du contrat de séjour est remis au résident (ou son représentant) et un exemplaire est conservé dans le dossier du résident.</p> <p>Le rôle de chaque professionnel à chaque étape de l'admission est défini et précisé dans une check-list « entrée nouveau résident ».</p> <p>L'ensemble des tâches à effectuer ou à coordonner par le MEDCO est défini dans la check-list selon un calendrier de l'arrivée du résident et à 3 semaines de son admission au sein de l'EHPAD.</p> <p>Il ressort des entretiens menés que l'évaluation gériatrique à l'admission assurée par l'ancien médecin coordonnateur portait sur les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents personnels et familiaux ;</li> <li>- Histoire de la maladie ;</li> <li>- Traitement à l'admission ;</li> <li>- Evaluation de l'autonomie ou de la dépendance du futur résident.</li> </ul> <p>Selon les entretiens menés, une check-list d'entrée regroupe les évaluations à mettre en place lors de l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur ;</li> <li>- MMSE ;</li> <li>- NPI-ES si troubles du comportement ;</li> <li>- Braden ;</li> <li>- Tinetti ;</li> <li>- Evaluation des ingesta sur trois jours.</li> </ul> <p>La check-list entrée d'un nouveau résident prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'admission : <ul style="list-style-type: none"> <li>o L'évaluation de la présence d'un trouble de la déglutition ;</li> </ul> </li> <li>- Le lendemain de l'admission : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Mesure du poids et de la taille ;</li> <li>o Evaluation de l'état cutané ;</li> <li>o Evaluation de la douleur ;</li> <li>o Evaluation nutritionnelle (suivi des ingesta sur trois jours) ;</li> </ul> </li> <li>- Après une semaine : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Evaluation du GIR ;</li> <li>o Bilan de mobilité ;</li> <li>o Dosage d'albuminémie ;</li> </ul> </li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A trois semaines : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Réévaluation du GIR ;</li> <li>o Evaluation cognitive : MMSE ;</li> <li>o Evaluation de l'humeur : mini-GDS.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Evaluation gériatrique à l'admission à partir des informations existantes dans les dossiers médicaux des résidents</u></p> <p>L'évaluation gériatrique à l'admission et tout au long du suivi consiste à explorer pour chaque résident une ou plusieurs de ses dimensions, à savoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La dépendance ;</li> <li>2) La dimension cognitive ;</li> <li>3) La dimension comportementale ;</li> <li>4) La dimension humeur ;</li> <li>5) La dimension mobilité ;</li> <li>6) La dimension nutrition ;</li> <li>7) La dimension douleur ;</li> <li>8) La dimension état cutané.</li> </ol> <p>L'évaluation gériatrique des résidents a été réalisée à partir d'un échantillon de dix-sept dossiers médicaux présenté en Annexe III.</p> <p>1° <i>L'évaluation de la dimension dépendance</i> à l'admission a été réalisée pour quinze des dix-sept résidents sélectionnés. Il convient de préciser que pour les deux résidents non-évalués au jour de l'inspection sur site, leur admission au sein de l'établissement s'est faite environ deux semaines avant cette inspection. Comme évoqué dans la check-list entrée d'un nouveau résident, l'évaluation de la dépendance doit se faire une semaine après l'admission du résident (voir plus haut).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Écart 26 : L'évaluation systématique de l'état de dépendance des résidents nouvellement admis au sein de l'EHPAD, qui doit être réalisée dans les suites immédiates de cette admission, n'est pas effective, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (4°) du CASF et aux indications prévues dans la check-list d'entrée d'un nouveau résident.</b></p> </div> <p>2° <i>Evaluation des autres dimensions du bilan gériatrique</i> à l'admission des résidents</p> <p>Les résultats de l'évaluation des autres dimensions du bilan gériatrique à l'admission des résidents est présentée dans le Tableau 8. Le tableau comporte d'une part le nombre de résidents à évaluer selon leurs antécédents personnels et d'autre part le nombre de résidents effectivement évalués dans les suites immédiates de leur admission. En outre, certaines évaluations du bilan gériatrique à l'admission sont à réaliser</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																								
		<p>systématiquement pour chaque nouveau résident admis, comme par exemple les évaluations des dimensions : comportementale, mobilité, nutrition, douleur et état cutané.</p> <p>Tableau 8. Répartition des évaluations gériatriques réalisées à l'admission des résidents selon les dimensions de ce bilan</p> <table> <tr> <th>Dimension explorée</th><th>Nombre résidents à évaluer</th><th>Nombre résidents évalués</th></tr> <tr> <td>Cognitive</td><td>11</td><td>10</td></tr> <tr> <td>Comportementale</td><td>17</td><td>6</td></tr> <tr> <td>Humeur</td><td>8</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Mobilité</td><td>17</td><td>7</td></tr> <tr> <td>Nutrition</td><td>17</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Douleur</td><td>17</td><td>9</td></tr> <tr> <td>Etat cutané</td><td>17</td><td>9</td></tr> </table> <p><b>Écart 27 : Le bilan gériatrique réalisé à l'entrée ne comprend pas systématiquement l'ensemble des dimensions attendues lors de cette évaluation, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (6°) du CASF.</b></p>	Dimension explorée	Nombre résidents à évaluer	Nombre résidents évalués	Cognitive	11	10	Comportementale	17	6	Humeur	8	4	Mobilité	17	7	Nutrition	17	0	Douleur	17	9	Etat cutané	17	9
Dimension explorée	Nombre résidents à évaluer	Nombre résidents évalués																								
Cognitive	11	10																								
Comportementale	17	6																								
Humeur	8	4																								
Mobilité	17	7																								
Nutrition	17	0																								
Douleur	17	9																								
Etat cutané	17	9																								
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>L'admission et l'évaluation du maintien en UVP</u>	<p>Les professionnels entretenus ne peuvent pas préciser si un projet de service spécifique à l'UVP a été élaboré. En outre, bien que demandé, le projet de service spécifique à l'UVP n'a pas été transmis par la direction de l'EHPAD à la mission d'inspection (document non disponible).</p> <p><b>Remarque 27 : Il n'existe pas de projet de service de l'UVP.</b></p> <p>Toutefois trois procédures d'admission et de sortie des résidents spécifiques à l'UVP sont établies. Celles-ci ont été communiquées à la mission d'inspection. Ainsi, deux procédures d'admission sont élaborées : une pour le transfert des résidents de l'EHPAD vers son propre UVP, et l'autre pour l'admission directe à l'UVP des résidents extérieurs à l'EHPAD. Par ailleurs, une procédure de sortie de l'UVP est également élaborée. Ces trois procédures, mises à jour pour la dernière fois en juillet 2017, indiquent outre la définition de l'UVP, les critères d'admission et de sortie au sein de cette structure de soins.</p> <p>Ces trois procédures ne spécifient pas la fréquence et le type de suivi clinique des résidents au sein de l'UVP. Un projet de service spécifique à l'UVP permettra de définir entre autres éléments ceux relatifs au suivi à proposer aux résidents de l'UVP.</p> <p>Selon les entretiens menés, les principaux critères d'admission à l'UVP sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les troubles de comportement mineurs ;</li> <li>- L'état d'agitation ;</li> </ul>																								

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La déambulation (critère majeur).</li> </ul> <p>Les entretiens menés précisent que les résidents sont réévalués régulièrement par les deux psychologues, afin d'établir si leur maintien au sein de l'UVP est pertinent. Ces réévaluations sont trimestrielles au moyen de l'échelle NPI-ES.</p> <p>Les entretiens permettent en outre de préciser que les critères de sortie de l'UVP sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'augmentation du degré de dépendance du résident le rendant peu mobilisable ;</li> <li>- La disparition des troubles du comportement.</li> </ul> <p>Lorsqu'une décision d'admission ou de sortie de l'UVP est prise par les soignants, les familles sont informées lors d'un entretien, des raisons relatives à cette décision.</p> <p>Les professionnels interviewés ne peuvent pas préciser quelle est la proportion des résidents pris en charge en UVP qui provient de l'EHPAD.</p>
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>3.1.4. <u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u></p> <p>3.1.5. <u>Les réunions de synthèse</u></p> <p><a href="#">« Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - HAS-Décembre 2008</a></p> <p><a href="#">« Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement », HAS -2018</a></p> <p><a href="#">"Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement" HAS-2011</a></p> <p><a href="#">"Qualité de vie en EHPAD, volets 2", 2011</a></p> <p><a href="#">Synthèse qualité de vie en EHPAD volet 2 HAS-2011</a></p> <p><a href="#">HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.23)</a></p> <p><a href="#">HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</a></p>	<p><u>Les réunions de synthèse</u></p> <p>Selon les entretiens menés, les réunions de synthèse sont difficilement mises en place. La psychologue élabore actuellement un calendrier pour ces réunions. Pour les nouveaux résidents admis, les projets d'accompagnement personnalisé sont élaborés par les deux psychologues. Outre les psychologues, ces réunions regroupent les infirmiers, les aides-soignants, l'IDEC et parfois le cadre de santé.</p> <p>Les psychologues interviewées précisent que le nombre de projets d'accompagnement personnalisé actuellement à jour est égal à 80.</p> <p><u>Analyse de la complétude des projets d'accompagnement personnalisés (PAP)</u></p> <p>L'analyse des projets personnalisés a été réalisée sur l'échantillon d'étude (n=17 résidents).</p> <p>Ainsi, au jour de l'inspection sur site :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux PAP étaient en cours de préparation ;</li> <li>- Cinq PAP étaient élaborés et en cours de déroulement ;</li> <li>- Un PAP n'était pas élaboré, mais l'admission du résident datait de moins de deux semaines ;</li> <li>- Neuf PAP n'étaient pas élaborés.</li> </ul> <p>La check-list entrée d'un nouveau résident indique qu'un rendez-vous d'élaboration du PAP du nouveau résident soit programmée deux semaines après son admission et EHPAD et élaborée dans la troisième semaine de son séjour en établissement.</p> <div data-bbox="775 1179 2134 1284" style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p><b>Écart 28 : Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas systématiquement élaborés après l'admission du résident dans la structure et réévalués a minima annuellement, contexte qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 I (3°) du CASF.</b></p> </div> <p>Selon les éléments communiqués par l'établissement, 43 PAI ont été élaborés en 2024, suite au recrutement d'une psychologue en septembre 2023, soit 21% des résidents avec un PAI. Une deuxième psychologue a été recrutée en mars 2025 ce qui devrait permettre d'augmenter le</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>taux des résidents avec un PAI. La psychologue est en charge de l'élaboration et de la rédaction des PAI ainsi que de leur suivi et de leur mise à jour en lien avec les équipes soignantes.</p> <p>L'établissement dispose d'une procédure relative à l'élaboration et au suivi des PAI (dernière mise à jour en juin 2023). Selon la procédure le PAI est élaboré à un mois de l'admission du résident. La construction des objectifs est faite lors d'une réunion pluridisciplinaire à laquelle participe la psychologue, l'IDEC/CDS, le MEDCO (si possible) et l'équipe soignante (AS/ASG). Le PAI est élaboré avec le résident ou son représentant légal. La réévaluation des PAI est prévue tous les ans ou lors du changement d'état du résident (exemple : perte d'autonomie, retour d'hospitalisation, ...) au cours des réunions de synthèse planifiées de manière hebdomadaire.</p> <p>Selon la check-list « entrée nouveau résident », un soignant référent doit être défini pour le résident entrant.</p> <div data-bbox="775 509 2134 552" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p><b>Remarque 28 :</b> La mission d'inspection n'a pas identifié dans l'équipe soignante un référent PAI par résident.</p> </div> <div data-bbox="775 633 2134 735" style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px;"> <p><b>Écart 29 :</b> L'ensemble des résidents de l'Ehpad ne dispose pas d'un PAI, la direction de l'établissement ne s'inscrit pas dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et contrevient aux dispositions des articles D312.155.0 (3°) CASF, L311-3 (2°) CASF, L311-3 (3°) CASF et L311-3 (7°) du CASF</p> </div>
<p>3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.6. <u>L'analyse des pratiques, les échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents (tous)</u></p> <p><a href="#">HAS 2014 « Qualité de vie en EHPAD (volet 4) », p.79</a>  <a href="#">HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.23)</a>  <a href="#">HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</a></p>	<p>Une responsable qualité est nommée au siège de l'association Arpavie et présente 3 jours par semaine au sein de l'Ehpad selon le compte-rendu du CVS du 30/01/2023 dans le cadre de la mise en œuvre de la politique qualité de l'Association.</p> <p>Elle assure le suivi de la mise en œuvre des procédures, de leur simplification et de leur révision. Les salariés bénéficient de formations sur ces procédures actualisées. Les professionnels bénéficient d'actions de formation type « réunions mensuelles » portant sur diverses thématiques : animation, contentions, nutritons...</p> <p>Les réunions du CODIR réunissant les membres de la direction et professionnels, sont l'occasion de présenter les sujets d'actualités concernant l'établissement (TMS, outils d'informatisation, plan d'actions qualité...). La mission d'inspection a été destinataire des CR des Copil qualité 2023 et 2024. Des temps d'information sont proposés aux professionnels (ex. réunions de service portant sur le Projet d'établissement...). Au regard du calendrier des actions 2024, 4 réunions du personnel respectivement 2 en novembre et 2 en décembre 2024. Un planning de ces réunions interne est élaboré, dont 2 prévues en février 2025. Les professionnels de l'Ehpad ont bénéficié de formations au titre de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance, à l'analyse des pratiques professionnelles, douleurs, relations avec les familles, fin de vie, accompagner la personne âgée avec des troubles du comportement ...</p> <p>La direction de l'établissement s'inscrit ainsi dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS. Une réunion de synthèse a lieu chaque jour à 15h30 (1 soignant de chaque étage à tour de rôle chaque jour est présent à cette réunion).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires						
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>3.1.7. <u>Les médecins traitants</u></p> <p><a href="#">R313-30-1 CASF</a> (contrat médecin libéraux) <a href="#">L314-12 CASF</a> (Contrat médecin libéraux ou si MédCo est aussi médecin traitant) <a href="#">Annexe de l'Arrêté du 30 décembre 2010</a> (contrat type médecin libéraux) <a href="#">D312-158 (5°, 6°, 7° et 13°) CASF</a> (missions du MédCo)</p>	<p>Selon les entretiens menés, les résidents de l'EHPAD ont été tous suivis jusqu'au début du mois d'avril par deux médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Un médecin coordonnateur salarié qui consacrait [REDACTED] à la prescription et [REDACTED] à la coordination,</li><li>- Un médecin prescripteur salarié qui assurait [REDACTED] de prescription.</li></ul> <p>Chaque résident de l'EHPAD était ainsi pris en charge par l'un des deux médecins.</p> <p>Par ailleurs, pour la prescription et le suivi des contentions et pour la prise en charge des résidents dénutris au sein de l'établissement, un troisième médecin intervenait au sein de l'EHPAD à raison d'une journée toutes les deux semaines.</p> <p>En outre, l'établissement dispose d'un poste de médecin prescripteur non occupé actuellement pour [REDACTED].</p>						
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>3.1.8. <u>La complétude des dossiers médicaux</u></p> <p><a href="#">D313-30-1 CASF</a> (contrat médecin libéraux) <a href="#">L314-12 du CASF</a> (Contrat médecin libéraux ou si MédCo est aussi médecin traitant) <a href="#">D312-158 (9°) CASF</a> (MédCo élabore un dossier type de soins) <a href="#">L311-3 (5°) CASF</a> (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) <a href="#">R4311-1 CSP</a> (mission IDE de recueil données cliniques) <a href="#">R4311-2 CSP</a> (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins) <a href="#">R4311-3 CSP</a> (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) <a href="#">R4321-91 CSP</a> (dossier propre au kiné) <a href="#">R4321-92 CSP</a> (continuité des soins /kiné) <a href="#">R4321-2 CSP</a> (transmission info et bilan du kiné au médecin prescripteur)</p>	<p>La complétude des dossiers médicaux a été analysée à partir de l'échantillon de dix-sept dossiers médicaux papier et numériques décrit précédemment. Cette analyse comporte cinq parties, à savoir :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Etude du dossier de préadmission ;</li><li>2) Etude de la complétude de l'observation médicale à l'admission ;</li><li>3) Etude de la fréquence des observations médicales de suivi consignées dans le dossier médical, réalisée sur une période d'un an précédant l'inspection sur site ;</li><li>4) Etude de la présence d'une synthèse médicale annuelle réalisée sur une période de deux ans précédant l'inspection sur site.</li><li>5) Etude de la présence d'un DLU dans les suites immédiates de l'admission d'un résident au sein de la structure.</li></ol> <p>1° Certains éléments du <i>dossier de demande d'admission</i>, à savoir la fiche Cerfa de même que la fiche de la visite de préadmission, ont fait l'objet d'une analyse. Ainsi treize fiches Cerfa ont été renseignées pendant la période de préadmission. Onze visites de préadmission ont été réalisés chez les dix-sept résidents faisant partie de l'échantillon d'étude.</p> <p>2° Les six éléments qui constituent l'<i>observation médicale à l'admission</i>, ainsi que les prescriptions issues de cette observation (voir Tableau 9), ont été analysés pour les dix-sept dossiers médicaux informatisés des résidents formant l'échantillon d'étude (onglet observations).</p> <p>Tableau 9. Traçabilité des éléments qui constituent l'observation médicale à l'admission</p> <table><tr><th>Elément de l'observation médicale</th><th>Nombre de dossiers renseignés</th></tr><tr><td>Antécédents</td><td>13</td></tr><tr><td>Histoire de la maladie</td><td>12</td></tr></table>	Elément de l'observation médicale	Nombre de dossiers renseignés	Antécédents	13	Histoire de la maladie	12
Elément de l'observation médicale	Nombre de dossiers renseignés							
Antécédents	13							
Histoire de la maladie	12							

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires	
	<p><a href="#">Annexe de l'Arrêté du 30 décembre 2010 Contrat type kiné-Article 3</a> (obligation de compléter le dossier médical à chaque visite)</p> <p><a href="#">R4311-2 CSP</a> (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</p>	Allergies	11
		Examen clinique	10
		Traitement à l'admission	1
		Conclusion	10
		Prescription médicamenteuse	17
		Prescription de rééducation	13
		<p>Les observations médicales à l'admission sont incomplètes notamment en ce qui concerne le traitement suivi par le résident en amont de sa prise en charge au sein de l'EHPAD. Ce traitement constitue le fondement pour sa prescription médicamenteuse réalisée par les médecins au sein de l'EHPAD.</p>	
		<p>Cette prescription, établie à l'issue de la consultation médicale à l'admission, permet d'assurer la prise en charge optimale du résident au sein de la structure.</p>	
		<p>3° Les <i>observations médicales de suivi</i> consignées dans les dix-sept dossiers médicaux informatisés des résidents (onglet observations) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensuelles pour huit d'entre eux ;</li> <li>- Mensuelles jusqu'au début de l'année 2025 qui constitue la date de la dernière observation de suivi pour cinq d'entre eux ;</li> <li>- Moins d'une fois par mois pour les autres quatre résidents.</li> </ul>	
		<p>Par ailleurs, ces observations médicales de suivi sont notamment en rapport avec des événements de santé intercurrents. Lorsque ces événements surviennent, les observations de suivi sont plus rapprochées.</p>	
		<p><b>Remarque 29 : Pour certains résidents les observations médicales de suivi ne sont pas régulièrement consignées dans leur dossier médical informatisé, même en absence d'événement de santé intercurrent.</b></p>	
		<p>Toutefois, des transmissions ciblées sont réalisées mensuellement dans la partie « transmissions narratives » du dossier médical informatisé. Ces transmissions ciblées, issues de deux évaluations pluridisciplinaires relatives à la nutrition et aux réévaluations des contentions, présentent succinctement l'évolution mensuelle du statut nutritionnel et l'intérêt de la poursuite d'une mesure de contention chez les résidents concernés.</p>	
		<p>4° Il ressort des entretiens menés et de l'analyse des dossiers médicaux informatisés que <i>les synthèses médicales annuelles</i> ne sont pas réalisées au sein de la structure.</p>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<div data-bbox="779 244 2132 284" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 2px;"> <b>Remarque 30 : Les synthèses médicales annuelles ne sont pas réalisées au sein de l'EHPAD</b> </div>
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>3.1.9. <u>Les transmissions inter-équipes (tous)</u></p> <p><u>L. 311-3 (4°) CASF</u> (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p><u>R4311-1 CSP</u> (mission IDE de recueil données clinique)</p> <p><u>R4311-2 CSP</u> (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</p>	<p>Les trois temps des transmission inter-équipes sont planifiés et leur pilotage est assuré par la cadre de santé et formalisés dans les fiches de tâches.</p> <p>1° Les <i>transmissions du matin</i> ont lieu de 6h45 à 7h00 et se font entre les AS de nuit qui quittent l'établissement et les AS de jour qui prennent la relève. Un temps de 15 minutes de chevauchement des plannings est effectif. Ces transmissions sont à la fois écrites dans le logiciel Imago Senior et orales. L'infirmière de nuit ne participe pas à ces transmissions car elle quitte l'EHPAD à 6h30.</p> <p>2° Les <i>transmissions en journée</i> ont lieu à 11h30 et durent 1h00 voire 1h30. Elles regroupent : le médecin coordonnateur, les psychologues, l'IDEC, les IDE, une AS par étage et sont animées par le médecin coordonnateur et la cadre de santé. Les transmissions sont principalement orales. Ces transmissions sont retranscrites par les AS et les IDE dans le logiciel de soins Imago Senior. Il y a une exception à cette traçabilité informatisée : celle des pansements qui se fait sous format papier. Une modification du logiciel Imago Senior est en cours afin de permettre une intégration des transmissions ciblées des pansements par voie électronique et une mise en place des séances de formation pour les soignants.</p> <p>3° Les <i>transmissions du soir</i> ont lieu de 20h00 à 20h45 et se font entre les AS de jour qui quittent l'EHPAD et celles de nuit qui prennent la relève. Un temps de 15 minutes de chevauchement des plannings est effectif. Ces transmissions sont à la fois écrites dans le logiciel Imago Senior et orales.</p> <p>Les paramédicaux notamment les kinésithérapeutes font également leurs transmissions par voie informatisée (i.e. [REDACTED]).</p> <p>Les temps de chevauchement d'une demi-heure sont prévus selon les plannings entre équipes de jour et équipes de nuit AS :</p> <p>AS de jour : 7h-18h30 ; 7h30-19h ; 8h-19h30 ; 8h30-20h ; 9h-20h30</p> <p>ADV de jour : 7h-18h30 ; 7h30-19h ; 9h-20h30</p> <p>AES de jour : 8h-19h30</p> <p>2 ASDEC de jour : 7h-18h30 ; 8h-19h30</p> <p>AS nuit : 20h-6h ; 20h30-6h30 ; 21h-7h</p> <p>ADV nuit : 21h-7h</p> <p>Toutefois, aucun temps de chevauchement n'est prévu entre équipe soignant de nuit et équipe de jour AS pour permettre les transmissions orales. Cependant les équipes s'organisent pour assurer une transmission entre équipe de nuit AS et équipe de jour pour les professionnels commençant à 7h du matin. Une réunion est organisée tous les jours avec le MEDCO à 11h30 d'une durée de 45mins à 1h dans le bureau du MEDCO ou dans les étages réunissant les professionnels soignants de l'Ehpad (IDEC, AS, IDE et MEDCO).</p> <p>S'agissant des IDE, aucun temps de chevauchement n'est prévu entre IDE de jour et IDE de nuit afin d'assurer les transmissions orales.</p> <p>IDE jour : 6h45/18h15 ; 7h/18h30 ; 7h30/19h</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>IDE nuit : 20h-6h</p> <p>Les transmissions écrites sont saisies sur tablette dans l'application dédiée. Chaque professionnel dispose d'un code personnel. Un code vacataire est délivré aux professionnels vacataires intervenant dans l'Ehpad lors de leur mission de remplacement.</p> <p><b>Remarque 31 :</b> Les temps de chevauchement afin de permettre les transmissions ne sont pas prévus dans les fiches de poste et planning entre équipe de nuit et équipe de jour AS ni avec l'IDE afin de faciliter et garantir la continuité des soins.</p>

## 3.2. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2 Respect des droits des personnes	<p>3.2.1. <u>La place des familles</u></p> <p><a href="#">R311-35 CASF</a> (modalité d'association des famille écrit dans règlement de fonctionnement)</p> <p><a href="#">Charte des droit et liberté des résident</a> – article 4</p> <p>HAS- « <i>Qualité de vie en EHPAD La vie sociale des résidents en EHPAD</i> »-Volet 3</p>	<p>Au RDC une salle à manger est réservable par les familles pour pouvoir déjeuner avec leur proche. Un salon dans chaque étage peut être utilisé par les familles. Le règlement de fonctionnement précise les conditions d'utilisation des locaux à usage collectif recevant du public (art. 8.1 du règlement de fonctionnement).</p> <p>Les familles sont associées à la vie de la résidence par le biais des enquêtes de satisfaction.</p>
3.2 Respect des droits des personnes	<p>3.2.2. <u>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies</u></p> <p><a href="#">L311-4 CASF</a> (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour)</p> <p><a href="#">Arrêté du 8 septembre 2003</a> (charte droit et liberté)</p>	<p>Les résidents sont informés de leurs droits au sein de l'Ehpad.</p> <p>La charte des droits et libertés des personnes accueillies existe et est mise à disposition des résidents, elle constitue une annexe du contrat de séjour. Elle est conforme à la réglementation. Cependant, la mission n'a pas constaté l'affichage de cette dernière au sein de l'établissement (cf. supra 1.2.19).</p> <p>Le livret d'accueil est une annexe du contrat de séjour, il est en cours de mise à jour le jour de l'inspection.</p> <p><b>Remarque 32 :</b> L'organigramme de l'établissement n'est pas remis avec le livret d'accueil.</p>
3.2 Respect des droits des personnes	<p>3.2.3. <u>Les personnes qualifiées départementales</u></p> <p><a href="#">L311-3 (6°) CASF</a> (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition)</p>	<p>La liste départementale des personnes qualifiées est portée à la connaissance des résidents par voie d'affichage au sein de l'établissement. Il est également précisé dans le livret d'accueil la possibilité pour les résidents d'avoir recours à une personne qualifiée pour l'exercice de leurs droits ainsi que les modalités de sollicitation.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#">L311-5 CASF</a> (appel à une personne qualifiée)	
3.2 Respect des droits des personnes	<p>3.2.4. <u>La personne de confiance des résidents</u></p> <p><a href="#">L311-4 (alinéa 4) CASF</a> (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente)</p> <p><a href="#">L311-5-1 CASF</a> (désignation d'une personne de confiance)</p> <p><a href="#">D311-0-4 CASF</a> (EHPAD informe le résident sur la personne de confiance)</p> <p><a href="#">Annexe 4-10 CASF</a> (désignation et mission de la personne de confiance)</p>	<p>Les résidents sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Les dispositions sont prévues dans une annexe spécifique au contrat de séjour (attestation relative à l'information sur la personne de confiance ; note d'information relative à la désignation de la personne de confiance ; présentation des principales missions de la personne de confiance ; formulaire de révocation de la personne de confiance ; formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation ou révocation de la personne de confiance ; récépissé de remise des documents annexés au contrat de séjour à la personne de confiance). Des précisions sur la personne de confiance sont également portées à la connaissance des résidents et des familles par le biais du livret d'accueil.</p> <p>Les personnes de confiance sont bien identifiées dès l'admission du résident et sont mentionnées le cas échéant dans le contrat de séjour.</p> <p>La personne en charge des admissions au sein de l'établissement accompagne les résidents et leurs familles dans la constitution du dossier d'admission par vérification que les documents demandés sont bien présents.</p>
3.2 Respect des droits des personnes	<p>3.2.5. <u>Les directives anticipées</u></p> <p><a href="#">L1111-4 (alinéa 3) CSP</a> (recherche du consentement et respect de la volonté de la personnes accueillie quant à son traitement)</p> <p><a href="#">L1111-11 CSP</a> (le médecin informe des conditions de rédaction de directives anticipées)</p> <p><a href="#">R1111-18 CSP</a> (Contenu des directives anticipées)</p> <p><a href="#">R1111-19 CSP</a> (conservation et accessibilité des directives anticipées)</p> <p><a href="#">"Qualité de vie en EHPAD, volet 4 : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"</a>—HAS-2012</p>	<p>Le résident a possibilité de faire une déclaration écrite appelée « directives anticipées » prévue au contrat de séjour. Des informations relatives aux directives anticipées sont présentes dans le livret d'accueil. L'établissement a mis en place un document détaillé intégré au livret d'accueil.</p> <p>Un récépissé de remise du formulaire des directives anticipées lors de la visite de préadmission est signé par le résident. L'entretien de préadmission est réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée du cadre de santé / MEDEC et psychologue.</p> <p>Les directives anticipées sont scannées par la personne en charge des admissions dans l'application [REDACTED] (si rédigées) qui comporte un volet administratif et un volet médical (avec accès sécurisé).</p>
3.2 Respect des droits des personnes	<p>3.2.6. <u>Les contentions</u></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (Liberté d'aller et venir du résident)</p> <p><a href="#">L311-4-1 (I) CASF</a> (contrat de séjour et annexe)</p> <p><a href="#">R311-0-7 CASF</a> (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir)</p> <p><a href="#">R311-0-8 CASF</a> (MédCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident)</p> <p><a href="#">R331-0-9 CASF</a> (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir)</p>	<p>Les trois RAMA communiqués par la direction de l'EHPAD comptabilisent les contentions qui y sont mises en place.</p> <p>Selon les entretiens menés, lorsqu'une contention est prescrite chez un résident, celle-ci est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuelle ;</li> <li>- Motivée ;</li> <li>- Issue d'une discussion pluridisciplinaire ;</li> <li>- Médicalement prescrite : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Horodatée ;</li> <li>o Indiquant la fin de la prescription ;</li> <li>o Signée informatiquement ;</li> <li>o Réévaluée mensuellement.</li> </ul> </li> </ul> <p>Evaluation des caractéristiques des prescriptions de contentions à partir des dossiers médicaux informatisés</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">R4311-5 (27°) CSP</a> (Rôle IDE dans surveillance contention)</p> <p><a href="#">Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée</a> HAS octobre 2000</p> <p><a href="#">Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance Art.3</a> (« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »)</p>	<p>Cette évaluation a été réalisée sur la population accueillie (n=194).</p> <p>Parmi les cent quatre-vingt-quatorze résidents accompagnés au sein de l'EHPAD, soixante-douze avaient une prescription médicale de contention (■■■■■)</p> <p>Les caractéristiques de l'échantillon des résidents sous contention sont :</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>Il ressort des entretiens menés que l'étape d'évaluation de la balance bénéfice/risque est réalisée systématiquement en équipe pluridisciplinaire avant chaque nouvelle prescription, mais les conclusions de cette évaluation ne sont pas tracées dans le dossier médical du résident. L'analyse des soixante-douze dossiers confirme l'absence de traçabilité des conclusions de cette balance bénéfice/risque dans les dossiers médicaux.</p> <p>Il existe cependant une traçabilité du déroulement des réunions pluridisciplinaires mensuelles relatives à la prescription et à la réévaluation des contentions. Ainsi, dans la partie transmissions ciblées du dossier médical de chaque résident sous contention, il est consigné mensuellement le motif de sa prescription, sa tolérance ainsi que sa reconduction pour un mois. Le motif exclusif de prescription d'une contention au sein de l'établissement est représenté par les chutes à répétition.</p> <p>Le consentement du résident ou de son représentant légal le cas échéant est demandé oralement, mais celui-ci n'est pas consigné dans le dossier médical du résident. Une preuve écrite de ce consentement n'est pas encore recueillie auprès des résidents sous contention ou de leur représentant légal le cas échéant.</p> <p>Les types de contention le plus souvent utilisées sont :</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>Les grenouillères ne sont pas utilisées au sein de l'EHPAD. Chez 23 résidents (31,9%) une seule barrière de lit est utilisée pour prévenir les chutes du lit des résidents.</p> <p>La durée de prescription d'une contention est de 28 jours pour soixante-sept résidents (93,1%). Pour cinq d'entre eux la prescription recouvre une période de 56 jour.</p> <p>La surveillance du résident sous contention est systématiquement prescrite.</p> <p>La réévaluation du maintien d'une contention est mensuelle à l'exception de cinq résidents. Sa traçabilité est consignée dans le dossier médical de chaque résident sous contention (i.e. transmissions ciblées).</p> <p>Parmi les soixante-douze résidents mis sous contention puisqu'ils font des chutes à répétition, quarante (55,6%) ont une prise en charge kinésithérapeutique afin d'améliorer leur autonomie posturale.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><b>Écart 30 : Lors de la prescription d'une contention au sein de l'EHPAD, la traçabilité des conclusions de l'évaluation de sa balance bénéfice/risque pour chaque résident mis sous contention, ainsi que la traçabilité de son consentement ou de celui de son représentant légal ne sont pas consignées dans son dossier médical, contexte qui nuit à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.</b></p>
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.7. <u>L'identification des résidents (identitovigilance)</u> <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité du résidents)	<p>Elle est assurée par plusieurs biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence des étiquettes sur les vêtements ;</li> <li>- La présence de la photographie du résident sur le pilulier ;</li> <li>- La présence de la photographie du résident dans le logiciel métier [REDACTED] ;</li> <li>- L'existence d'un trombinoscope.</li> </ul>
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.8. <u>Les mesures de protection juridique</u> 3.2.9. <u>Les mesures de protection des biens</u> <u>L472-5 CASF</u> (mandataire judiciaire en EHPAD) <u>D472-13 et sv CASF</u> (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) <u>Articles 425 Code civil</u> (protection juridique des majeurs) <u>DGCS « Les mesures de protection juridique</u> <u>"Qualité de vie en EHPAD, volet 2 : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne", HAS-2011</u>	<p>Les mesures de protection juridique sont mises en place au sein de l'Ehpad. Selon le RAMA : [REDACTED]</p> <p>Les mesures de protection des biens sont mises en place au sein de l'Ehpad. Une annexe spécifique au contrat de séjour attestant de la prise d'information des résidents et/ou famille sur la responsabilité des objets déposés par le résident est signée.</p> <p>Les dispositions relatives au régime de sureté des biens et des personnes sont précisées à l'article 9 du règlement de fonctionnement de l'Ehpad. Les objets mis en dépôt auprès de la direction de l'Ehpad font l'objet d'un suivi (une liste des objets déposés est établie et mise à jour chaque fois qu'il y a retrait ou dépôt par le résident).</p>

### 3.3. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3 Vie sociale et relationnelle	3.3.1. <u>L'animation</u> <u>L311-3 (3°) CASF</u> (PEC et accompagnement de qualité + consentement) <u>D312-159-2 CASF</u> (prestations minimales hébergement)	<p>Il existe un programme d'animation spécifique aux UVP et un animateur est affecté au sein des 2UVP. Il y a actuellement 3 agents à mi-temps dédiés à l'animation.</p> <p>La mission d'inspection n'a pas pu constater le projet de l'animation dans le projet d'établissement non transmis par l'EHPAD.</p> <p>Des réunions avec la direction sont prévues afin d'affiner le programme pour les animations.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#">Annexe 2-3-1 (II) CASF</a> (prestation accueil hôtelier)	Les chambres peuvent être personnalisées par des éléments de décoration. Celles-ci disposent d'un espace suffisant pour recevoir de la visite.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>	La mission d'inspection a été destinataire d'une enquête de satisfaction à destination des résidents et familles en 2023.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.3. <u>L'alimentation</u> 3.4.4. <u>La détection des troubles de la déglutition</u> 3.4.5. <u>Les régimes, les textures</u>	<p><u>Alimentation</u></p> <p>L'EHPAD ne dispose pas du concours d'une diététicienne pour la prise en charge nutritionnelle des résidents. La diététicienne du prestataire qui assure la préparation des menus au sein de l'EHPAD intervient seulement lors de l'élaboration de ces menus.</p> <p>L'analyse des menus du mois de décembre 2024 communiqués par la direction de l'établissement permet de constater que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les menus comportaient deux repas et un goûter pour chaque journée ;</li> <li>- Le déjeuner et le dîner sont constitués quotidiennement : d'une entrée, d'un plat principal, d'un laitage et d'un dessert ;</li> <li>- Le goûter proposé est représenté par un gâteau ou un produit sucré (e.g. pate de fruits) ;</li> <li>- Les matières premières utilisées à la constitution des plats notamment les légumes utilisés étaient des produits de saison ;</li> <li>- La viande faisait partie du menu journalier au moins une fois par jour ; lorsqu'elle était absente d'un repas elle était remplacée par un produit laitier ;</li> <li>- Les repas proposés pour chaque journée sont équilibrés.</li> </ul> <p>L'enquête de satisfaction 2023, qui comporte un volet relatif à la restauration, a été menée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au près des résidents ;</li> <li>- Au près de leurs proches.</li> </ul> <p>Quarante-cinq résidents et six proches ont participé à cette enquête.</p> <p>L'analyse conduit aux résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité des repas : 55,6% très satisfaits ou satisfaits ;</li> <li>- Les horaires des repas : 75,6% très satisfaits ou satisfaits ;</li> <li>- La durée de temps des repas : 77,8% très satisfaits ou satisfaits ;</li> <li>- De la qualité du service à table et de la présentation dans l'assiette : 71,1% très satisfaits ou satisfaits ;</li> <li>- Le cadre et de l'ambiance de la salle à manger : 66,7% ;</li> <li>- Le respect de votre régime alimentaire : 66,7%.</li> </ul> <p><u>La détection des troubles de la déglutition</u></p> <p>Selon les entretiens menés il ressort que la présence d'un trouble de la déglutition à l'admission du résident au sein de l'EHPAD est recherchée par le médecin coordonnateur, la cadre de santé ou IDEC. Toutefois, lors de l'analyse des dix-sept dossiers médicaux informatisés, la traçabilité de la réalisation du test au verre d'eau n'était pas effective dans aucun des dossiers étudiés. Toutefois, la mission ne peut confirmer cette information, aucune traçabilité n'ayant été retrouvées dans les dossiers consultés.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><b>Écart 32 : L'absence de la traçabilité systématique dans le dossier médical informatisé de la recherche d'un trouble de la déglutition à l'admission, ne permet pas de confirmer sa réalisation, ce qui compromet la santé et la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.</b></p> <p>Un protocole relatif à la prise en charge des troubles de la déglutition est élaboré et disponible aux professionnels exerçant dans l'EHPAD (Réf. : Prise en charge des troubles de la déglutition, Réf. DM/TD/V3, version 3 mise à jour en avril 2018, les noms des rédacteurs et du validateur y sont mentionnés). Ce protocole, très succinct, ne précise pas à qui s'adresse (e.g. médecins, soignants, tout professionnel de l'EHPAD). Il comporte cependant la conduite à tenir en cas de fausse route (i.e. manœuvre de Heimlich).</p> <p>Il ressort des entretiens que la sensibilisation des professionnels de l'EHPAD est régulière, mais les professionnels entretenus ne peuvent préciser ni l'intervenant qui a sensibilisé les soignants ni les dates récentes de cette sensibilisation.</p> <p><u>Les régimes, les textures</u></p> <p>Selon les entretiens menés les prescriptions des régimes et des textures alimentaires ainsi que la prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO) sont assurées par le médecin coordonnateur. Ainsi, les régimes et les textures alimentaires ainsi que les CNO sont recensés régulièrement (i.e. hebdomadaire, en cas de changement) dans un tableau Excel. Par ailleurs, un lutin comportant les régimes et textures alimentaires des résidents d'un étage donné est disponible dans le poste de soins. Le suivi et la mise à jour de ces prescriptions relève de la responsabilité du médecin coordonnateur. A défaut de médecin coordonnateur, le médecin assurant le suivi nutritionnel des résidents modifie et met à jour les prescriptions alimentaires des résidents.</p> <p><u>Analyse des prescriptions des régimes et de textures alimentaires</u></p> <p>L'analyse des régimes et des textures alimentaires a été réalisée à la fois sur l'échantillon d'étude (n=17) et sur la population accueillie (n=194) au sein de l'EHPAD. En effet, les données de ces deux fichiers sont complémentaires. Ainsi, les données relatives à l'échantillon d'étude permettent de préciser les trois types de régimes prescrits médicalement aux dix-sept résident le constituant. Les données relatives à la population accueillie permettent d'analyser notamment les régimes spécifiques des résidents (e.g. hyperprotidique, pauvre en sel, pauvre en sucre).</p> <p>1° Echantillon d'étude (n=17)</p> <p>Tous les résidents de l'échantillon avaient une prescription médicale de régime et texture alimentaires dans leur dossier médical.</p> <p>La répartition des résidents selon le type de <i>régime alimentaire</i> prescrit médicalement se fait comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux résidents ayant un régime normal ;</li> <li>- Quinze résidents ayant un régime hyperprotidique.</li> </ul> <p>La répartition des résidents selon le type de <i>texture alimentaire</i> prescrite médicalement se fait comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinq ont une texture alimentaire normale ;</li> <li>- Huit ont une texture alimentaire hachée ;</li> <li>- Quatre ont une texture alimentaire mixée.</li> </ul> <p>2° Population accueillie (n=194)</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Tous les résidents de la population accueillie avaient consigné dans leur dossier médical une prescription de régime et de texture alimentaires.</p> <p>La répartition des résidents selon le type de <i>régime alimentaire</i> se fait comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cent cinquante-huit résidents (81,4°%) ont un régime hyperprotidique ;</li> <li>- Vingt-quatre résidents (12,4°%) ont un régime alimentaire normal ;</li> <li>- Onze résidents (5,7°%) ont un régime pauvre en sucre ;</li> <li>- Un résident (0,5°%) a un régime pauvre en sel.</li> </ul> <p>La population accueillie comporte quatre-vingt-quinze résidents qui ont un poids normal, sont en surpoids voire sont obèses. Pour ces résidents lorsque nous prenons en considération leurs valeurs de l'albuminémie, quarante-deux d'entre eux ont une dénutrition (valeur de l'albuminémie &lt; 35g/L). Parmi les cinquante-trois résidents qui ont un poids normal, sont en surpoids voire sont obèses et qui ne sont pas dénutris, trente-neuf ont une prescription médicale de régime hyperprotidique (73,6°%), alors qu'ils peuvent consommer un régime alimentaire normal.</p> <p>Un nombre significatif de résidents dispose d'une prescription de régime hyperprotidique. Ce régime est prescrit non seulement aux résidents dénutris, mais également aux résidents ayant un poids normal, un surpoids ou une obésité sans la présence d'une dénutrition définie par le critère d'albuminémie.</p> <p>La répartition des résidents selon le type de <i>texture alimentaire</i> se fait comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cent-onze résidents (57,2°%) ont une texture alimentaire normale ;</li> <li>- Trente-neuf résidents (20,1°%) ont une texture alimentaire hachée ;</li> <li>- Quarante-quatre résidents (22,7°%) ont une texture alimentaire mixée.</li> </ul> <p><u>L'alimentation</u></p> <p>La restauration est externalisée au sein de l'EHPAD.</p> <p>La mission d'inspection a été destinataire d'un seul CVS pour l'année 2024 (CVS du 05/03/2024) mentionnant que les résidents souhaitaient être informés sur la qualité des menus et de l'aide au repas en salle ou en chambre.</p> <p>Le gérant est actuellement en arrêt maladie et n'est pas présent, le jour de l'inspection. Chaque feuille est descendue mentionnant le bilan des repas par étage au service de la cuisine. Un appel d'offre pour le contrat de la cuisine est en cours.</p> <p>Il y a un bon climat social au sein du service de restauration. Le personnel de la cuisine est satisfait du matériel de cuisine.</p> <p>La mission d'inspection a eu connaissance de l'existence d'une commission menu mais n'a pas constaté l'affichage du compte-rendu de la commission menu. Cependant, La mission d'inspection n'a pas été destinataire de compte rendu de CVS pour l'année 2025 qui aurait mentionné le retour des commissions menu.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><b>Remarque 35 : Pas d'affichage des comptes rendus de la commission menu et pas de mention de la commission menu en CVS.</b></p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.4.6. L'organisation des repas</b></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité du résident)</p> <p><a href="#">Annexe 2-3-1 (III 2°) CASF</a> (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne)</p> <p><a href="#">HAS-RBPP « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »</a> – avril 2007</p> <p><a href="#">L230-5 1° alinéa Code rural et de la pêche maritime</a> (Gestionnaire de restauration en ESSMS : respect qualité nutritionnelle, choix des aliments, ...)</p> <p><a href="#">D230-29 Code Rural et de la pêche maritime</a> (exigences requises pour équilibre nutritionnel en ESMS).</p> <p><a href="#">Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS</a> (Critère d'équilibre nutritionnel)</p> <p><a href="#">Recommandations du GEM-RCN-2015</a> (jeûne nocturne, horaires repas (page 21))</p>	<p>Sur le portfolio à l'entrée de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le petit déjeuner est servi de 8h à 9h30,</li> <li>- le déjeuner du rez-de chaussée est servi de 12h15 à 13h30,</li> <li>- le goûter est servi en étage de 15h30 à 16h et</li> <li>- le dîner au rez- de chaussée est servi de 18h à 19h.</li> </ul> <p>L'intervalle entre les repas du soir et celui du matin ne permet pas de limiter le jeûne nocturne à 12 heures pour tous les résidents ce qui contrevient aux recommandations nutrition de la GEM-RCN (Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition).</p> <p><b>Remarque 36 : Les intervalles entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) estimé à 12h maximum</b></p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.4.7. Les mets de substitution</b></p> <p><a href="#">Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en EHPAD-Ministère-2014</a></p>	<p>La mission d'inspection a eu connaissance de l'existence de plat de substitution.</p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.4.8. Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition</b></p> <p><a href="#">D312-155-0 (I 2°) CASF</a> (actions de prévention)</p> <p><a href="#">L311-3 (3°) CASF</a> (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p><a href="#">RBPP-Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus-HAS-2021</a> (estimation de l'appétit, de la force musculaire, surveillance état bucco-dentaire, de la capacité de mastication et de déglutition)</p>	<p><u>Le suivi de l'état nutritionnel des résidents dénutris</u></p> <p>Il ressort des entretiens menés qu'une liste de patients dénutris est dressée et disponible pour les soignants.</p> <p>La surveillance de leur état nutritionnel se réalise principalement par deux moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation mensuelle du poids ;</li> <li>- Le dosage semestriel de l'albuminémie. L'évaluation mensuelle du poids peut devenir bimensuelle lorsqu'un résident dénutri perd du poids.</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires			
	<p><a href="#">Avis sur les besoins alimentaires des PA et de leurs contraintes spécifiques</a> – Conseil national de l'alimentation décembre 2015 (diététicien au moins ½ journée/semaine, responsabilité du MédCo dans la prévention de la dénutrition, pesée mensuelle et suivi de la courbe de poids et IMC, dossier rassemblant les infos)</p> <p><a href="#">HCSP-Révision des repères alimentaires pour les PA - mai 2021</a></p> <p>« <a href="#">Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la PA-HAS reco 2007</a> »</p> <p><a href="#">Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en EHPAD-Ministère-2014</a></p> <p>Webinaire ARS IDF « <a href="#">La lutte contre la dénutrition des personnes âgées : l'affaire de tous</a> », novembre 2021</p>	<p>L'observance des rations alimentaires est réalisée lorsque les résidents dénutris ou non dénutris réduisent leurs apports alimentaires ou perdent du poids, ou lorsqu'ils redeviennent d'une hospitalisation.</p> <p><u>La prévention de la dénutrition</u></p> <p>Le suivi de l'état nutritionnel des résidents non dénutris s'appuie sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leur pesée mensuelle (le 1<sup>er</sup> week-end de chaque mois) ;</li> <li>- Dosage de l'albuminémie une fois par an.</li> </ul> <p>Comme pour les résidents dénutris, l'observance de la consommation des rations alimentaires est réalisée en cas de diminution des apports (refus de manger).</p> <p>Une procédure de dépistage et de prise en charge de la dénutrition (Réf. : non consignée, version 3 du 20 février 2025, nom du rédacteur, du validateur et de l'approbateur consignés) décrit quatre étapes de la prise en charge d'une dénutrition : dépistage de la dénutrition, diagnostic de la dénutrition, stratégie de prise en charge et surveillance de l'état nutritionnel du résident. Cette procédure ainsi que ses huit annexes n'appellent aucune remarque. Il convient de noter que cette procédure précise, conformément aux recommandations de la HAS<sup>34</sup>, que l'apport énergétique d'une personne âgée dénutrie doit être compris entre 30 et 40 kcal/kg/jour (régime alimentaire hypercalorique).</p> <p><u>Analyse du statut nutritionnel des résidents</u></p> <p>L'analyse du statut nutritionnel des résidents comporte six parties :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'évaluation du statut pondéral selon le critère d'indice de masse corporelle (IMC) ;</li> <li>2) L'évaluation du statut nutritionnel selon le critère biologique de l'albuminémie ;</li> <li>3) L'évaluation des effectifs et proportions de résidents dénutris présentant au moins l'un des deux critères précédents ;</li> <li>4) L'analyse des trajectoires d'IMC pour l'année 2024 ;</li> <li>5) L'analyse de la courbe de poids sur la période juillet – décembre 2024 ;</li> <li>6) L'analyse de la prescription médicale de compléments nutritionnels oraux.</li> </ol> <p>1° Evaluation du statut pondéral selon le critère d'IMC</p> <p>Cette évaluation a été réalisée à partir des données recueillies pour la population accueillie (n=194). La répartition des résidents selon leur statut pondéral est présentée dans le Tableau 10.</p> <p>Tableau 10. Répartition des résidents de la population accueillie selon leur statut pondéral</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Statut pondéral</th><th>Nombre de résidents</th><th>%</th></tr> </thead> </table>	Statut pondéral	Nombre de résidents	%
Statut pondéral	Nombre de résidents	%			

<sup>34</sup> HAS (2007) [Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée](#) : « L'objectif de la prise en charge nutritionnelle chez la personne âgée dénutrie est d'atteindre un apport énergétique de 30 à 40 kcal/kg/jour et un apport protéique de 1,2 à 1,5 g de protéine/kg/jour, en sachant que les besoins nutritionnels peuvent varier d'un sujet à l'autre et en fonction du contexte pathologique. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		Sévèrement dénutri	50	25,8
		Modérément dénutri	31	16,0
		Normo-pondéral	41	21,1
		En surpoids	35	18,0
		Obèse	19	9,8
		Données manquantes	18	9,3
		Total	194	/
	Remarque 37 : Dix-huit résidents n'ont pas de valeur d'IMC au mois de décembre 2024.			
	2° Evaluation du statut nutritionnel selon le critère biologique de l'albuminémie			
	Cette évaluation a été réalisée à partir des données recueillies pour la population accueillie (n=194). La répartition des résidents selon leur statut nutritionnel est présentée dans le Tableau 11.			
Tableau 11. Répartition des résidents de la population accueillie selon leur statut nutritionnel				
		Statut nutritionnel	Nombre de résidents	%
		Sévèrement dénutri	22	11,3
		Modérément dénutri	53	27,3
		Non dénutri	96	49,5
		Données manquantes	23	11,9
		Total	194	/
Remarque 38 : Vingt-trois résidents n'ont pas la valeur du dosage de l'albuminémie dans leur dossier médical.				
3° Evaluation de l'effectif et de la proportion des résidents dénutris ayant au moins un des deux critères diagnostiques (i.e. IMC, albuminémie)				

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																														
		<p>Cent vingt-et-un résidents (62,4°%) ont au moins l'un des deux critères diagnostiques de dénutrition. Quarante-neuf résidents (25,3°%) n'ont pas de critère de dénutrition et vingt-quatre résidents (12,4°%) ont des données manquantes pour au moins l'un des deux critères diagnostiques.</p> <p>4° Analyse des trajectoires d'IMC sur l'année 2024</p> <p>Cette évaluation a été réalisée à partir des données recueillies pour la population accueillie (n=194). Les trajectoires d'IMC correspondent aux douze valeurs successives d'IMC calculées mensuellement sur l'année 2024. Lorsqu'une évolution de ces douze valeurs d'IMC pour un résident donné est supérieure à + 1 point, la trajectoire est considérée comme ascendante. Lorsque l'évolution de ces douze valeurs d'IMC pour un résident est supérieure à – 1 point, la trajectoire est considérée comme descendante. Lorsque l'évolution de ces douze valeurs de l'IMC pour un résident est comprise entre - 1 point et + 1 point, les trajectoires sont considérées comme stationnaires.</p> <p>La description des trajectoires d'IMC dans la population accueillie (voir Tableau 12) conduit au constat que la plupart des résidents ont des trajectoires d'IMC descendantes ou stationnaires en 2024.</p> <p>Tableau 12. Répartition des résidents de la population accueillie selon le type de trajectoire d'IMC</p> <table><tr><th>Type de trajectoire d'IMC</th><th>Nombre de résidents</th><th>% résidents</th></tr><tr><td>Ascendante</td><td>27</td><td>13,9</td></tr><tr><td>Descendante</td><td>62</td><td>32,0</td></tr><tr><td>Stationnaire</td><td>85</td><td>43,8</td></tr><tr><td>Données manquantes</td><td>20</td><td>10,3</td></tr><tr><td>Total</td><td>194</td><td>/</td></tr></table> <p>La plupart des résidents ont des trajectoires d'IMC stationnaires ou descendantes.</p> <p>Une analyse dans le sous-groupe de <i>résidents dénutris</i> ayant au moins l'un de ses deux critères diagnostiques a été réalisée. Les résultats de cette analyse (voir Tableau 13) montrent que la moitié de la population dénutrie a des courbes d'IMC stationnaires en 2024 et qu'un tiers de cette population a des courbes d'IMC descendantes cette même année.</p> <p>Tableau 13. Répartition des résidents dénutris selon la trajectoire d'IMC et le régime alimentaire prescrit</p> <table><tr><th>Type de trajectoire d'IMC</th><th>Nb résidents</th><th>% résidents</th><th>Nb résidents ayant un régime hyperprotidique</th></tr><tr><td>Ascendante</td><td>16</td><td>13,2</td><td>13</td></tr><tr><td>Descendante</td><td>48</td><td>39,7</td><td>41</td></tr></table>	Type de trajectoire d'IMC	Nombre de résidents	% résidents	Ascendante	27	13,9	Descendante	62	32,0	Stationnaire	85	43,8	Données manquantes	20	10,3	Total	194	/	Type de trajectoire d'IMC	Nb résidents	% résidents	Nb résidents ayant un régime hyperprotidique	Ascendante	16	13,2	13	Descendante	48	39,7	41
Type de trajectoire d'IMC	Nombre de résidents	% résidents																														
Ascendante	27	13,9																														
Descendante	62	32,0																														
Stationnaire	85	43,8																														
Données manquantes	20	10,3																														
Total	194	/																														
Type de trajectoire d'IMC	Nb résidents	% résidents	Nb résidents ayant un régime hyperprotidique																													
Ascendante	16	13,2	13																													
Descendante	48	39,7	41																													

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires			
		Stationnaire	57	47,1	50
		<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>/</b>	<b>104</b>
		<p>Environ un tiers des résidents dénutris ont une trajectoire d'IMC descendante en 2024.</p>			
		<p><b>Remarque 39 : Les résidents dénutris ne bénéficient pas tous d'une association d'un régime hyperprotidique et hypercalorique.</b></p>			
		<p>L'analyse de la prescription des régimes alimentaires dans le sous-groupe de résidents dénutris indique que 104 résidents sur 121 ayant une dénutrition ont des prescriptions de régime alimentaire hyperprotidique. Dix-sept résidents (14°%) n'ont pas un régime hyperprotidique alors qu'ils sont dénutris.</p>			
		<p>5° Analyse de la courbe de poids sur la période juillet à décembre 2024</p>			
		<p>Trois mesures de poids évaluées entre juillet et décembre 2024 (i.e. décembre, novembre, juillet) ont fait l'objet de l'analyse de la courbe pondérale des résidents de la structure. Lorsque l'une ou deux des trois valeurs de la courbe pondérale étaient absentes, il a été considéré que la mesure du poids n'était pas mensuelle sur cette période de temps. Il ressort de l'analyse statistique que pour cinquante résidents (25,8°%) une à deux mesures ont été évaluées entre juillet et décembre 2024.</p>			
		<p>Lorsque l'analyse est réalisée dans la population des résidents dénutris trente-sept d'entre eux (30,6°%) ont une à deux mesures effectuées entre juillet et décembre 2024.</p>			
		<p><b>Écart 33 : La mesure des valeurs du poids n'est pas mensuelle pour un quart de la population accueillie et pour presque un tiers de la population dénutrie, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.</b></p>			
		<p>6° Analyse de la prescription médicale de compléments nutritionnels oraux (CNO) dans la population accueillie</p>			
		<p>Une analyse de la prescription des CNO selon le statut pondéral des résidents a été réalisée (voir Tableau 14).</p>			
		<p>Tableau 14. Pratiques de prescription des CNO selon le statut pondéral des résidents</p>			
		<b>Statut pondéral (IMC)</b>	<b>Nb résidents</b>	<b>Nb résidents ayant une prescription de CNO</b>	
		Sévèrement dénutri	50	46	
		Modérément dénutri	31	17	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires			
		Normo-pondéral	41	18	
		En surpoids	35	15	
		Obèse	19	7	
		Données manquantes	18	/	
		Total	194		
		Remarque 40 : La prescription d'un CNO chez les résidents normo-pondéraux, en surpoids et obèses n'est pas conseillée.			
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.9. <u>Les besoins en protections de recueil d'excréta</u> <i><u>D312-155-0 (3°) CASF</u> (projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies)</i>	La mission d'inspection a été destinataire du plan de changes des résidents			
		Remarque 41 : La mission d'inspection a constaté que les commandes en protection sont entreposées dans plusieurs salles en sous-sol et sont en grandes quantités.			
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.10. <u>Le circuit du linge</u> <i><u>L311-3 (1°) CASF</u> (dignité des résidents) <u>D312-159-2 du CASF</u> (Liste des prestations minimales relatives à l'hébergement ESSMS) <u>Annexe 2-3-1 CASF</u> (Socle de prestations d'hébergement en EHPAD - blanchissage)</i>	La mission d'inspection a constaté que le circuit du linge est conforme à la réglementation. Les prestations sont externalisées et il y a une lingère qui est salariée au sein du groupe ARPAVIE et trois agents MEDIRES. L'établissement prend en charge le linge personnel des résidents.			
		Remarque 42 : La mission d'inspection n'a pas été destinataire du recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles.			

### 3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
3.8 Soins	3.5.1. <u>Équipe pluridisciplinaire mobilisée pour la prise en charge des résidents</u> <i>L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité)</i> <i>D312-155-0 (II) CASF (équipe pluridisciplinaire)</i>	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire mobilisés pour la prise en charge des résidents au jour de l'inspection sur site étaient constitués par (voir Tableau 15) :		
		Type de professionnel	Nombre	ETP

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
	<a href="#">L311-12 CASF</a> et <a href="#">D311-40 CASF</a> (dans chaque ESMS, directeur désigne un référent pour l'activité physique et sportive)	Médecin coordonnateur	1	■
		Médecins généralistes	1	■
		Médecins spécialistes	0	■
		Cadre de santé	1	■
		IDEC	1	■
		IDE	5	■
		AS	41	■
		AES	3	■
		ADV	7	■
		Psychologue	2	■
		Kinésithérapeute	3	■
		Ergothérapeute	0	■
		Orthophoniste	0	■
		Psychomotricien	0	■
		Diététicien	0	■
		Orthoptiste	0	■
		Préparateur en pharmacie	1	■
		Pédicure / podologue	2	■
		<p>Note : *Les deux pédicure / podologues interviennent sur site en tant que de besoin.</p> <p>Il convient de préciser que l'équipe médicale prodiguant les soins aux résidents de l'EHPAD au jour de l'inspection sur site comportait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médecin coordonnateur réalisant effectivement ■ de prescription et ■ de coordination ;</li> <li>- Un médecin généraliste réalisant 0 ■ de prescription ;</li> </ul>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médecin réalisant [REDACTED] de prescription ; ce médecin dédie son temps de présence à la prise en charge des résidents suivis pour leur état nutritionnel ainsi qu'à la prise en charge des résidents nécessitant ou ayant déjà prescrit une contention (réévaluation mensuelle).</li> </ul> <p>Par ailleurs, un poste de médecin prescripteur était à pourvoir à la hauteur de [REDACTED].</p>
3.8 Soins	<p>3.5.2. <u>L'organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (Sécurité des résidents)  <a href="#">L311-3 (3°) CASF</a> (PEC et accompagnement de qualité)  <a href="#">L1110-1 CSP</a> (Les professionnels de santé doivent contribuer à la continuité des soins de toute personne)  <a href="#">Outils Anap</a> 2024 pour les IDE de nuit en EHPAD</p>	La continuité des soins médicale est présentée au point de contrôle IGAS numéro 3.1/3.1.7 « Les médecins traitants ».
3.8 Soins	<p>3.5.3. <u>La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien</u></p> <p><a href="#">D312-158 CASF</a> (Missions du MédCo)  <a href="#">L313-12 (V) CASF</a> (MédCo encadre équipe soignante)  <a href="#">R5126-106 CSP</a> (Si pas de PUI, médicaments détenus par EHPAD sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine)  <a href="#">Ordre national des infirmiers</a> (missions de l'IDEC en EHPAD)</p>	<p>Compte tenu du départ anticipé du médecin coordonnateur de l'EHPAD peu après la date de l'inspection sur site, l'entretien avec celui-ci n'a pas eu lieu.</p> <p>La cadre de santé intervient dans la coordination des soignants par le biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des réunions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Les transmissions quotidiennes ;</li> <li>o Des chutes et contentions ;</li> <li>o De nutrition ;</li> <li>o De synthèse ;</li> </ul> </li> <li>- Des astreintes administratives ;</li> <li>- Du téléphone ;</li> <li>- De vive voix sur les plages horaires de sa présence à l'EHPAD.</li> </ul>
3.8 Soins	<p>3.5.4. <u>La commission gériatrique</u></p> <p><a href="#">D312-158 (3°) CASF</a> (MédCo préside la commission de coordination gériatrique réunie au moins 1x/an) du CASF  <a href="#">Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018</a></p>	<p>Selon les documents transmis par la direction de l'EHPAD (supports de présentation), deux réunions de la commission de coordination gériatrique ont eu lieu sur la période 2023 - 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le 28 juin 2023 ;</li> <li>- Le 26 novembre 2024.</li> </ul> <p>Les comptes rendus permettent de constater que les sujets abordés portent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le rôle de la commission de coordination gériatrique ;</li> <li>- Le contenu du RAMA de l'année précédente ;</li> <li>- Les projets en cours (e.g. ouvrir un PASA).</li> </ul>



### 3.6. Soins : Les moyens pour la prise en charge en soin

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.6.1. <u>Le poste de soins</u>	<p>L'EHPAD dispose de cinq postes de soins, soit un par étage, hormis pour le rez-de-chaussée. Les postes de soins sont organisés de la même façon, quel que soit l'étage où ils sont localisés. Le poste de soins du premier étage, qui comporte le chariot d'urgence, est localisé à l'intersection de trois ailes où se situent les chambres des résidents. L'accès à ce poste de soins, qui se fait par le biais d'une serrure à code, est exclusivement pour les soignants.</p> <p>Ce poste de soins était propre le jour de l'inspection. La société [REDACTED] assure la propreté des postes de soins tous les jours. Il n'y a pas de fiche de traçabilité du nettoyage assuré par ce prestataire.</p>
3.8 Soins	3.6.2. <u>Les équipements du poste de soins</u>	<p>Le poste de soins du premier étage est équipé :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) D'une armoire à médicaments ;</li> <li>2) D'un chariot de distribution des médicaments ;</li> <li>3) De deux coffres à stupéfiants ;</li> <li>4) D'un chariot d'urgence ;</li> <li>5) D'un réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles</li> <li>6) D'un stock de médicaments pour les besoins urgents ;</li> <li>7) D'autres équipements.</li> </ol> <p>1) <i>L'armoire à médicaments</i></p> <p>Quatre armoires à médicaments sont disponibles au sein de l'EHPAD, une par secteur de prise en charge. Ces armoires sont localisées dans quatre des cinq postes de soins de la structure.</p> <p>L'armoire du premier étage, qui avait ses portes fermées au moment de la visite, est sécurisée par une serrure à code. Ce dernier est connu par : le médecin coordonnateur, la cadre de santé, les IDE et le préparateur en pharmacie. Elle contient les bannettes des médicaments qui sont organisées par n° de chambre et par secteur.</p> <p>L'armoire à médicaments du premier étage contient également le coffre à stupéfiants sécurisé par une serrure à code. Ce dernier est connu par : la cadre de santé, les IDE et le préparateur en pharmacie.</p> <p>2) <i>Le chariot de distribution des médicaments</i></p> <p>Un chariot de distribution des médicaments est disponible par secteur de prise en charge. Ces chariots sont sécurisés par le biais d'une serrure à clé. Ils comportent plusieurs tiroirs, un pour une série de chambrés successives.</p> <p>Les médicaments multi-usages ont la date de péremption consignée sur chaque boîte. Les médicaments multidoses ont le nom du résident et la date d'ouverture marqués sur la boîte.</p> <p>3) <i>Le coffre à stupéfiants</i></p> <p>Six coffres à stupéfiants dont deux situés au premier étage (i.e. armoire à médicaments, stock pour les besoins urgents) contiennent exclusivement des médicaments stupéfiants.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Le coffre à stupéfiants du premier étage a été contrôlé. Comme évoqué précédemment ce coffre, qui se situe dans l'armoire à médicaments, est pourvu d'un accès par une serrure à code. Le registre des stupéfiants, situé sur le coffre, comporte une feuille par résident nécessitant un traitement stupéfiant. Le registre, qui était dûment renseigné, comportait plusieurs parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identité du résident ;</li> <li>- L'identité du médecin prescripteur ;</li> <li>- Le nom, le dosage et la forme galénique du produit stupéfiant prescrit ;</li> <li>- La dispensation (i.e. date, heure, quantité livrée par la pharmacie) ;</li> <li>- L'administration (i.e. quantité administrée, quantité restante, le nom et la signature du soignant qui l'a administré).</li> </ul> <p>Dans le partie dispensation, la quantité livrée par la pharmacie n'était pas renseignée par les soignants. En revanche, la quantité restante y est systématiquement renseignée.</p> <p><b>Écart 34 : L'absence d'inscription dans le registre des stupéfiants de la quantité de stupéfiants livrée par la pharmacie contrevient aux dispositions de l'Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique.</b></p> <p>La partie relative au retour à la pharmacie n'était pas renseignée, car comporte des items à renseigner par le pharmacien d'officine.</p> <p>Le seul prescripteur de médicaments stupéfiants de l'EHPAD est le médecin coordonnateur.</p> <p>4) Le chariot d'urgence</p> <p>Le chariot d'urgence est localisé dans le poste de soins du premier étage. Ce chariot était scellé le jour de l'inspection sur site. La fiche de vérification trimestrielle et après chaque utilisation était présente dans un classeur disposé sur le chariot d'urgence. Le contrôle du chariot d'urgence est assuré une fois par trimestre en cas d'utilisation. La dernière date de son contrôle remonte au 2 février 2025. Une procédure du chariot d'urgence (Réf. : Chariot / sac à dos d'urgence, version 5 du 23 juillet 2024, élaborée le 22 juillet 2024 et approuvée le même jour par le directeur médical du groupe gestionnaire) dresse la liste des médicaments et des dispositifs médicaux le constituant. Cette liste respecte les recommandations en la matière de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, hormis pour la présence de l'amiodarone et de l'atropine qui ne font pas partie du contenu du chariot d'urgence de l'EHPAD. L'aspiration était fonctionnelle le jour de l'inspection. Plusieurs extracteurs d'oxygène étaient entreposés dans le poste de soins dans un espace qui leur est dédiée et qui se situe à proximité immédiate du chariot.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<div data-bbox="797 220 2101 288"> <p><b>Remarque 43 :</b> Le chariot d'urgence est vérifié trimestriellement. La fréquence de son contrôle ne respecte pas les recommandations de la HAS<sup>35</sup>, qui prévoit un contrôle mensuel à minima du chariot d'urgence</p> </div> <div data-bbox="797 320 2101 389"> <p><b>Remarque 44 :</b> La composition médicamenteuse du chariot d'urgence ne comporte ni d'atropine ni d'amiodarone, toutes deux recommandées à faire partie de sa dotation par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation<sup>36</sup>.</p> </div> <p>Le DAE est localisé dans le hall d'accueil de l'EHPAD dans un emplacement visible au public. Il se situe dans un endroit facile d'accès. Il était fonctionnel le jour de l'inspection. Il est contrôlé régulièrement. La signalétique mise en place se limite à une indication de son emplacement sur la porte d'entrée dans l'établissement.</p> <div data-bbox="784 531 2101 632"> <p><b>Écart 35 :</b> La signalétique du DAE n'est pas mise en place conformément à l'article 1 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.</p> </div> <p>5) Le réfrigérateur des médicaments thermosensibles</p> <p>Le réfrigérateur ne comportait ni denrées alimentaires, ni prélèvements biologiques. Une feuille de suivi quotidien de températures est établie, mais elle n'est pas renseignée quotidiennement. Les températures relevées étaient comprises entre + 2 et + 8 C°. Une feuille de son nettoyage et de la vérification des médicaments périmés y est apposée. Ces deux contrôles sont réalisés mensuellement.</p> <div data-bbox="784 858 2101 959"> <p><b>Écart 36 :</b> La fiche de traçabilité du relevé quotidien des températures du réfrigérateur des médicaments thermosensibles n'est pas systématiquement renseignée ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur le circuit du médicament.</p> </div> <p>6) Le stock de médicaments pour les besoins urgents</p> <p>Il est localisé dans une armoire fermant par une serrure à code. Celui-ci est connu par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante. L'ordonnance de renouvellement de cette dotation est prescrite par le médecin coordonnateur. Le contrôle des périmés est trimestriel.</p> <p>7) Les autres équipements</p> <p>Pour la pesée mensuelle : deux chaises et deux plateformes de pesée.</p> <p>Un kit comportant un tensiomètre, un saturomètre et un thermomètre est données à chaque infirmière.</p> <p>Des produits d'hygiène des mains (SHA) sont disponibles au sein du poste de soins.</p>

<sup>35</sup> Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement (3.6-05) selon le référentiel de certification (Haute Autorité de Santé, 7 décembre 2023)

<sup>36</sup> Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2004)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Tous les lits sont médicalisés.</p> <p>Le nombre total de matelas anti-escarre n'est pas connu. Toutefois, deux matelas à l'air sont disponibles en cas de besoin dans le poste de soins du premier étage.</p> <p>Cinquante à soixante chambres ont des rails.</p> <p>Un à deux verticalisateurs sont disponibles par étage.</p> <p>Un à deux lèves malades sont disponibles par étage.</p>
3.8 Soins	<p>3.6.3. <u>La sécurisation du poste de soins</u></p> <p><a href="#">R4312-35 CSP</a> (IDE et protection données dossier de soins)</p> <p><a href="#">R.4127-45 CSP</a> (secret médical, transmissibilité des données médicales)</p> <p><a href="#">L311-3 (4°)CASF</a> (respect de la confidentialité des informations concernant le résident)</p> <p><a href="#">L1110-4 CSP</a> (respect vie privée et secret professionnel)</p>	<p><u>Moyens de sécurisation du poste de soins</u></p> <p>L'accès au poste de soins, qui se fait par le biais d'une serrure à code, est effectif exclusivement pour les soignants.</p> <p><u>Les affichages du poste de soins</u></p> <p>Un panneau d'affichage comportait plusieurs documents, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plannings de pesée ;</li> <li>- Le tableau alimentaire.</li> </ul> <p>La conduite à tenir en cas d'urgence vitale n'est pas affichée au niveau du panneau d'affichage du poste de soins du premier étage.</p> <p><b>Remarque 45 : La conduite à tenir en cas d'urgence vitale comportant le numéro d'appel en cas d'urgence vitale n'est pas affichée dans le poste de soins du premier étage.</b></p>
3.8 Soins	<p>3.6.4. <u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u></p> <p><a href="#">L311-3 (3°) CASF</a> (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p><a href="#">D311 (V 8°) CASF</a> (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et les prestations adaptés à la personne)</p> <p><a href="#">D312-158 (6°) du CASF</a> (évaluation gériatrique à l'entrée du résident)</p> <p><a href="#">D312-155-0 (I 2°) CASF</a> (dispensation soins paramédicaux en EHPAD)</p> <p><a href="#">"Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement"-HAS-2011</a></p> <p><a href="#">"Qualité de vie en EHPAD, volet 4 : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"-HAS-2012</a></p>	<p><b>Écart 37 : L'ensemble des résidents ne bénéficient pas d'un projet de soins complet dans les 3 mois suivant l'admission ou pas toujours actualisé, a minima annuellement, ce qui contrevient au L311-3 (1° et 3°) du CASF</b></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.6.5. <u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u>	<p>L'arrivée des nouveaux soignants est préparée en amont de leur premier jour de travail. Ceux-ci reçoivent avant la journée d'intégration : les codes des logiciels métiers, les codes d'accès aux postes infirmiers ainsi que leur planning.</p> <p>Lors de leur premier jour de travail ils participent à la journée d'intégration en doublon avec un soignant ayant une qualification égale ou supérieure à la leur. De point de vue organisationnel, les nouveaux soignants ont accès au classeur de bord qui regroupe : le trombinoscope, le tutoriel de connexion au logiciel de soins, le déroulement d'une journée type présenté par secteur de prise en charge. Les protocoles et les procédures sont disponibles sous format papier et informatique. Deux classeurs comportant tous les protocoles et les procédures sont disponibles à chaque étage de l'EHPAD. En outre, leur version informatique est disponible dans la GED de l'établissement qui est accessible à tout type de professionnel y compris les intérimaires ou vacataires.</p> <p>Son évaluation a lieu en fin de journée d'intégration. Si besoin, l'encadrement par un soignant habituel de l'EHPAD se fait les jours suivant son arrivée dans la structure.</p> <p>Les pratiques de soutien aux soignants sont : les réunions mensuelles avec l'IDEC et le médecin coordonnateur ainsi que les réunions d'équipe.</p>
3.8 Soins	3.6.6. <u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u> <a href="#">L311-3 (3°) CASF</a> (PEC et accompagnement de qualité) <a href="#">L1110-1 CSP</a> (Les professionnels de santé doivent contribuer à la continuité des soins de toute personne) <i>"Dossier de liaison d'urgence"-HAS – 2015</i> <a href="#">Dossier de liaison d'urgence-Domicile-HAS-2021</a>	<p>Les DLU papiers n'existent que lorsqu'un résident part en consultation ou hospitalisation. Un DLU est imprimé à cette occasion. En cas de panne informatique, une procédure de travail en mode dégradée est établie et permet aux soignants de disposer d'un DLU sous format papier.</p> <p>Un DLU était présent dans quatorze des dix-sept dossiers médicaux papier. Les DLU papier n'étaient pas disponibles pour trois résidents admis récemment au sein de la structure dont deux y séjournant depuis moins de deux semaines</p> <p><b>Remarque 46 : Au jour de l'inspection, 3 résidents ne disposaient pas d'un DLU en version papier</b></p>
3.8 Soins	3.6.7. <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u> <a href="#">Arrêté du 29 octobre 2019</a> (signalisation DAE dans les ERP) <i>Code de la construction et de l'habitation (CCH) → uniquement en remarque:</i> <a href="#">R157-2 CCH</a> (DAE visible du public, facile accès, signalétique) <a href="#">R157-3 CCH</a> (1 DAE pour plusieurs établissements situés sur un même site géographique)	La localisation et la signalétique du DAE ont été présentées au point de contrôle IGAS 3.6/3.6.2 (i.e. Les équipements du poste de soins).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#">R157-4 CCH</a> Maintenance et contrôle qualité du DAE	
3.8 Soins	<p>3.6.8. <u>La prévention, le dépistage et le protocole de gestion de la douleur</u></p> <p><a href="#">L1110-5 CSP</a> (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</p> <p><a href="#">L1112-4 CSP</a> (prise en charge de la douleur en ESMS)</p> <p><a href="#">R4311-2 (5°) CSP</a> (Objectif soins infirmiers sur la douleur)</p> <p><a href="#">R4312-43 CSP</a> (Utilisation protocole par IDE)</p> <p><a href="#">R4312-19 CSP</a> (IDE-Soulagement de la douleur sur rôle propre et sur prescription)</p> <p><a href="#">Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999</a> (approche pluridisciplinaire des protocoles de prise en charge de la douleur, formation des IDE aux protocoles antidouleur)</p> <p><a href="#">Liste des échelles d'évaluation de la douleur-HAS-2019</a></p>	<p>Selon les entretiens menés, l'évaluation de la douleur est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'admission ;</li> <li>- Lorsqu'un résident se plaint de douleur ;</li> <li>- Lorsque les pansements sont changés ;</li> <li>- En cas de signe pathognomonique constaté par l'équipe soignante.</li> </ul> <p>Les soignants interviewés précisent que plusieurs résidents ont des prescriptions antalgiques de niveau 1. Ainsi, les infirmiers peuvent, en cas de douleur survenue chez un résident, administrer un traitement antalgique de type [REDACTED], le temps qu'ils prennent contact avec le médecin coordonnateur ou avec le SAMU en cas d'indisponibilité du médecin coordonnateur.</p> <p>Les pompes à morphine sont utilisées au sein de l'EHPAD, par le biais de la HAD.</p> <p>Les entretiens réalisés permettent de constater que l'existence d'un protocole de prise en charge de la douleur n'est pas connue par certains soignants.</p> <div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px; border: 1px solid #f5c6cb;"> <p><b>Écart 38 : L'ensemble des soignants ne connaissent pas l'existence du protocole de PEC de la douleur et encore moins de son contenu, ce qui contrevient aux dispositions de la Loi 2002-2 et aux articles R4312-19 et R4312-20 du CSP.</b></p> </div> <p>Un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur (Réf. : Prise en charge de la douleur, version 1 du 8/7/24, rédacteur, validateur et approuvateur identifiés) comporte les deux versants de la douleur : son dépistage et les moyens de lutte contre celle-ci. Ce protocole n'appelle aucune remarque.</p>
3.8 Soins	<p>3.6.9. <u>Les soins palliatifs</u></p> <p><a href="#">L1111-11 CSP</a> (directives anticipées)</p> <p><a href="#">R1111-19 CSP</a> (directives anticipées)</p> <p><a href="#">R4312-43 CSP</a> (Utilisation protocole par IDE)</p> <p><a href="#">D312-158 (8°) CASF</a> (MédCo forme et informe les professionnels)</p> <p><a href="#">Programme de déploiement des soins palliatifs 2008-2012-Ministère de la santé</a> Axe 1 VI (convention avec un établissement ou service de santé pour la prise en charge des soins palliatifs)</p>	<p>Il ressort des entretiens menés qu'une évaluation initiale et de suivi d'un résident pris en charge en soins palliatifs est assurée par l'équipe mobile de soins palliatifs de [REDACTED], à la demande du médecin coordonnateur voire de l'hôpital [REDACTED] dans le contexte où le résident y est admis.</p> <p>Les sédations profondes ne sont pas réalisées au sein de l'EHPAD.</p> <p>Un protocole de prise en charge de la fin de vie n'est pas élaboré. Les soignants de l'EHPAD disposent de trois outils pour la prise en charge des résidents relevant de soins palliatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un outil d'aide à la décision de prise en charge palliative ;</li> <li>- D'un projet pluridisciplinaire d'accompagnement de fin de vie ;</li> <li>- De la fiche Pallia 10.</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#">Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD</a> – HAS - 2017, pages 16 et suiv. <a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007, pp. 48-51</a>	<b>Écart 39 : En n'ayant pas élaboré de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (e.g. sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 1110-5 du CSP.</b>
3.8 Soins	3.6.10. <u>Les procédures et protocoles de soins</u> <a href="#">L311-3 (1° et 3°) CASF</a> (Sécurité et PEC de qualité du résident) <a href="#">R4312-43 CSP</a> (Utilisation protocoles par IDE) <a href="#">HAS 2014 « Qualité de vie en EHPAD (volet 4) »</a>	<p>Il ressort des entretiens menés et de la visite des locaux que les protocoles et les procédures de soins sont disponibles sous deux formats : papier et informatisé. Ainsi, deux classeurs des protocoles et procédures sont disponibles par étage de prise en soins, hormis pour le troisième étage qui dispose d'un seul classeur. Par ailleurs, ces protocoles et procédures de soins sont disponibles sous format informatisé au niveau de la gestion électronique des documents (GED). Ceux-ci sont accessibles pour tous les professionnels de l'EHPAD y compris les intérimaires ou les vacataires.</p> <p>Les protocoles et procédures de l'EHPAD sont élaborés par les professionnels du siège du groupe gestionnaire.</p> <p><b>Remarque 47 : Les protocoles et les procédures sont élaborés par les professionnels du siège du groupe gestionnaire sans intervention des professionnels de l'EHPAD.</b></p> <p><b>Remarque 48 : Une partie des protocoles et procédures ont été élaborés en 2017.</b></p> <p>Les conduites à tenir en cas de problème grave de santé (e.g. AVC, fausse route) sont établies.</p> <p>Les protocoles de suivi des pathologies chroniques (e.g diabète, épilepsie) font partie d'un document « Conduite à tenir en situation d'urgence » qui comporte vingt fiches de prise en charge des urgences.</p>

### 3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.7.1. <u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u> 3.7.2. <u>Les pansements</u> <a href="#">L311-3 (3°)CASF</a> (PEC de qualité) <a href="#">L311-3 (5°) CASF</a> et <a href="#">L1111-7 CSP</a> (accès à ses données de santé et/ou relatives à sa PEC) <a href="#">R4311-1 CSP</a> (mission IDE-Recueil données cliniques) <a href="#">R4311-2 CSP</a> (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins)	<p><u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u></p> <p>Selon les entretiens menés, les modalités de traçabilité des soins sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En temps réel pour l'administration des médicaments ;</li> <li>- En différé pour les soins corporels.</li> </ul> <p>En outre, lors de l'observation de la distribution des médicaments avant le déjeuner des résidents du jour de l'inspection sur site, la traçabilité de leur administration a été réalisée en temps réel.</p> <p><u>Les pansements</u></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">R4311-3 CSP</a> (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers)</p> <p><a href="#">R4311-4 CSP</a> (délégation IDE des actes rôle propre à AS)</p> <p><a href="#">R4311-5 CSP</a> (Actes du rôle propre IDE)</p> <p><a href="#">Arrêté du 10 juin 2021</a> (Diplôme AS-Annexe 1-DA5)</p> <p><a href="#">Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, texte des recommandations</a>, page 11 - ANAES, novembre 2001</p> <p><a href="#">Outil d'évaluation initiale d'une plaie (OMéDIT Lorraine, janvier 2016)</a></p> <p><a href="#">Fiche de suivi d'une plaie et du pansement (OMéDIT Lorraine, mars 2016)</a></p>	<p>Il ressort des entretiens menés que dix à vingt pansements étaient en cours de prise en charge deux semaines après l'inspection sur site. Ainsi, une lésion ulcérée qui est en cours de fermeture et plusieurs escarres étaient en cours de traitement.</p> <p>La planification des pansements se fait par secteur de prise en charge. En effet, chaque IDE assure la réfection des pansements de son secteur. Cette planification se fait en tenant compte de la fréquence de leur réfection (e.g. une fois tous les deux jours).</p> <p>Une procédure de prise en charge des plaies de même d'une procédure de traitement des escarres sont disponibles pour les soignants. Par ailleurs, une fiche d'évaluation synthétique d'une plaie est également élaborée.</p> <p>La procédure gestion des plaies (Réf. : DEX-DM-Procédure Gestion des plaies, version 1 mise à jour le 21 janvier 2025, comportant les noms des rédacteur, validateur et approbateur) présente au moyen d'un tableau la prise en soins de chaque type de plaie ou escarre. L'annexe 1 de cette procédure (Réf. : DRMS/DM/PE/V3, Prévention escarre et positionnement, version non indiquée, mise à jour en juillet 2017) permet de tracer les horaires des changements de position du résident suivi pour ce type de lésion cutané.</p> <div data-bbox="779 571 2110 644" style="background-color: #e6f2ff; border: 1px solid #000080; padding: 5px;"> <p><b>Remarque 49 : La procédure « gestion des plaies » n'illustre pas au moyen des photographies les types de plaies ou d'escarres à prendre en charge selon les indications de cette procédure.</b></p> </div> <p>La procédure « Les escarres » (Réf. version 1 mise à jour le 6 décembre 2024, comportant les noms des rédacteur, validateur et approbateur) complète la procédure « gestion des plaies ». Elle présente notamment les principes de prévention à mettre en œuvre afin d'éviter la survenue des escarres, les principes de leur traitement, et la modalité de saisie dans Imago Senior le suivi de ces plaies. Cette procédure n'appelle aucune remarque.</p> <p>Selon les entretiens menés, la traçabilité du suivi des escarres et ulcères est assurée pour chaque résident ayant ce type de lésion cutanée au moyen d'un classeur qui est présent dans la chambre du résident. Les photos illustrant l'évolution de ces lésions y sont intégrées. Ce classeur est également utilisé pour les transmissions entre l'équipe soignante de l'EHPAD et l'équipe de la HAD qui intervient au sein de la structure pour prendre en charge les pansements complexes.</p>
3.8 Soins	<p><b>3.7.3. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</b></p> <p><a href="#">L311-3 (2°) CASF</a> (libre choix des prestations offertes)</p> <p><a href="#">L311-3 (3°) CASF</a> (PAI et consentement du résident)</p> <p><a href="#">L311-3 (4°) CASF</a> (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p><a href="#">L311-3 (5°) CASF</a> (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant)</p> <p><a href="#">R4321-91 CSP</a> (transmissions Kiné)</p> <p><a href="#">R4321-2 CSP</a> (kiné bilan et traçabilité dans fiche de synthèse)</p>	<p>Les transmissions écrites des prestataires extérieurs, notamment celles des kinésithérapeutes, se font dans le logiciel [REDACTED].</p> <p>Les seules transmissions écrites dans les classeurs dédiés au suivi des pansements, qui sont disponibles dans les chambres des résidents présentant une lésion cutanée de type escarre ou ulcère, se font par la HAD.</p>



### 3.8. Soins : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	<p>3.8.1. <u>Les procédures du circuit du médicament</u></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité du résident)</p> <p><a href="#">R4312-43 CSP</a> (Utilisation protocole par IDE)</p> <p>Site ARS IDF, <a href="#">boîte à outil prise en charge médicamenteuse en EHPAD, document opérationnels / note d'utilisation de l'outil d'auto-diagnostic Interdiag</a> (Audit circuit médicament tous les 2 ans)</p>	<p>Trois procédures de prise en charge des médicaments (i.e. prise en charge médicamenteuse, stockage des médicaments thermosensibles, gestion des médicaments stupéfiants), une fiche de dotation thérapeutique d'urgence, une fiche de bonnes pratiques de prescription chez le sujet âgé, et deux feuilles de traçabilité des dates de péremptions des médicaments ont été communiqués par la direction de l'EHPAD) à la mission d'inspection.</p> <p>La procédure du circuit de prise en charge médicamenteuse (Réf. : DEX-DM, version non précisée, date de mise à jour septembre 2023, rédacteur, validateur et approbateur consignés) présente toutes les étapes de ce circuit. L'annexe 1 de cette procédure du circuit du médicament doit être actualisée, car les noms des prescripteurs médicaux identifiés ne sont plus à jour. Par ailleurs, cette procédure intègre le parcours d'habilitation à l'aide à la prise élaborée le 18 septembre 2023. Les trois étapes de ce parcours (i.e. théorique, observation et pratique) y sont présentées ainsi qu'une fiche d'habilitation d'aide à la prise pour la voie orale.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Remarque 50 :</b> L'annexe 1 de la procédure du circuit de prise en charge médicamenteuse n'est pas à jour des noms des prescripteurs.</p> </div> <p>La procédure de stockage des médicaments et des produits thermosensibles à conserver au froid (Réf. : absente, version 3 du 4 septembre 2023, rédacteur, validateur, approbateur consignés) n'appelle aucune remarque. Les principales étapes du circuit des médicaments thermosensibles y sont consignées. Cette procédure n'appelle aucune remarque.</p> <p>L'analyse de la procédure de gestion des médicaments stupéfiants est réalisée au point de contrôle IGAS numéro 3.8/3.8.7 « Les stupéfiants. »</p> <p>Un audit du circuit du médicament est réalisé trimestriellement par autoévaluation.</p>
3.8 Soins	<p>3.8.2. <u>Les prescriptions médicales</u></p> <p><a href="#">R5132-3 CSP</a> (modalités de prescription)</p> <p><a href="#">R5121-91 CSP 2° alinéa</a> (médicament à prescription restreinte)</p> <p><a href="#">L4321-1 CSP</a> (Kiné sur prescription)</p> <p><a href="#">L4332-1 CSP</a> (acte psychomot sur prescription médicale)</p> <p><a href="#">L4341-1 CSP</a> (acte orthophoniste sur prescription médicale)</p> <p><a href="#">Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011</a></p>	<p>Les référents du circuit du médicament sont : le médecin coordonnateur et le préparateur en pharmacie.</p> <p>Les prescriptions médicamenteuses des résidents sont effectuées dans le dossier informatisé du résident. Les deux médecins prescripteurs de l'EHPAD (i.e. médecin coordonnateur, médecin prescripteur libéral), encore présents au sein de la structure au jour de l'inspection, réalisaient les prescriptions sous format informatisé. Ainsi, la proportion de prescriptions médicamenteuses faites dans le dossier [REDACTED] avoisine le 100%. Seules les prescriptions médicamenteuses issues des consultations externes ou en retour d'hospitalisation sont prescrites sous format papier. Ces prescriptions étaient retranscrites par le médecin coordonnateur dans le dossier médical du résident concerné.</p> <p>Le médecin coordonnateur prescrit également des ordonnances de kinésithérapie ou d'actes réalisées par les infirmiers.</p> <p><u>Analyse des prescriptions médicamenteuses des résidents constituant l'échantillon d'étude (n=17)</u></p> <p>L'analyse des prescriptions de médicaments a été réalisée sur l'échantillon d'étude (n=17 résidents).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">Guide circuit du médicament en EHPAD-ARS PACA-2017</a> (page 7)</p> <p><a href="#">Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017</a>, page 13)</p>	<p>Chacune des dix-sept prescriptions médicamenteuses comportait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La date de prescription ;</li> <li>- Le nom du prescripteur ;</li> <li>- Le nom du médicament avec sa dénomination commune internationale (DCI) ;</li> <li>- La dose prescrite ;</li> <li>- La durée du traitement ;</li> <li>- La voie d'administration.</li> </ul> <p>En outre, onze résidents sur dix-sept avaient au moins un médicament psychotrope dans leur traitement. Leur durée moyenne de prescription est de 246 jours. Cette durée de prescription au sein de l'EHPAD dépasse les 90 jours de prescriptions préconisées pour ce type de traitement.</p> <div data-bbox="797 576 2103 647" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Remarque 51 :</b> La durée moyenne de prescription de médicaments psychotropes au sein de l'EHPAD est supérieure aux 90 jours préconisés comme durée maximale de prescription pour cette classe thérapeutique.</p> </div> <p>Par ailleurs, neuf résidents sur dix-sept avaient une prescription de benzodiazépine dans leur traitement. La durée moyenne de leur prescription de 140 jours, dépasse la durée de 30 jours préconisée pour cette classe thérapeutique.</p> <div data-bbox="784 759 2103 895" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Écart 40 :</b> En dépassant la durée moyenne de prescription des benzodiazépines au sein de l'EHPAD préconisée pour cette classe thérapeutique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite, notamment son article 1er.</p> </div>
3.8 Soins	<p>3.8.3. <u>La retranscription des prescriptions dans le dossier médical</u></p> <p><a href="#">R4312-10 (4<sup>e</sup> alinéa) CSP</a> (limite compétence de l'IDE dans les soins)</p> <p>HAS-« <a href="#">Évaluation de la prise en charge médicamenteuse</a> »-mars 2022</p> <p>HAS-« <a href="#">Guide « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments »</a>-mars 2022</p>	<p>Le médecin coordonnateur n'était pas amené à retranscrire les prescriptions des médecins traitants dans les dossiers médicaux des résidents, car il était le médecin traitant de tous les résidents de l'EHPAD. Un deuxième médecin prescripteur libéral, qui dédiait à l'EHPAD de son temps de travail, prescrivait également et exclusivement des ordonnances informatisées.</p> <p>L'acte de retranscription des prescriptions faites en consultations externes et à l'issue d'une hospitalisation par les praticiens hospitaliers, était assuré par le médecin coordonnateur.</p>
3.8 Soins	<p>3.8.4. <u>Le conventionnement avec une pharmacie d'officine et les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie</u></p> <p><a href="#">L1470-5 CSP</a> (messagerie sécurisée)</p>	<p>Il est à noter que l'établissement conventionne avec une pharmacie d'officine (cf supra 1.1.2).</p> <p>Celle-ci est effective. Cette convention a été signée par les deux parties prenantes le 7 juin 2024. Son référent y est désigné.</p> <p>A la lecture de cette convention il ressort qu'à l'admission de chaque résident :</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">Guide pour PDA en EHPAD et ESSSM</a> » page 20- ARS PACA -2017</p> <p>ARS ARA « <a href="#">Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI</a> »-juin 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une lettre d'information établie par l'officine en pharmacie l'informe de son libre choix de son pharmacien (annexe 5 de la convention) ;</li> <li>- Une demande de prestation pharmaceutique du résident est à renseigner lorsque la pharmacie [REDACTED] en est choisie pour la distribution de ses médicaments (annexe 6 de la convention).</li> </ul> <p>Bien que la convention avec l'officine en pharmacie ne précise pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fréquence des livraisons ;</li> <li>- Le circuit des stupéfiants ;</li> <li>- Le professionnel qui effectue le double contrôle des préparations des doses à administrer (PDA) ;</li> <li>- Le traitement de non-conformités de PDA.</li> </ul> <p>.</p> <p>Pour le circuit des stupéfiants il est précisé dans la convention avec l'officine en pharmacie que les résidus des médicaments stupéfiants sont remis en mains propres au personnel délégué de l'Officine, dans une caisse fermée, avec un bon précisant les médicaments concernés à la fraction d'unité de prise près.</p> <p>Le contenu de la convention respecte les dispositions de l'article R5126-107 du CSP, néanmoins elle ne comporte pas de paragraphe spécifique détaillant le circuit des médicaments classés comme stupéfiants ou encore le double contrôle des blisters des médicaments.</p> <div data-bbox="795 788 2103 861" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Remarque 52 :</b> La convention avec l'officine en pharmacie ne précise pas la fréquence des livraisons, le circuit des stupéfiants, et qui effectue le double contrôle des préparations des doses à administrer.</p> </div> <p>Le préparateur en pharmacie dispose d'un interlocuteur dédié à l'EHPAD au sein de la pharmacie d'officine. Cet interlocuteur est identifié dans la convention reliant l'EHPAD à la pharmacie d'officine ;</p> <p>Les prescriptions médicamenteuses sont imprimées et transmises à la pharmacie par fax. Par ailleurs, le pharmacien référent de l'EHPAD dispose d'un accès direct aux prescriptions médicamenteuses originales et informatisées par le biais du logiciel [REDACTED] (coordonnées d'accès à distance).</p> <p>Lorsque le pharmacien souhaite transmettre des conseils à l'EHPAD, il contacte directement le médecin coordonnateur ou le préparateur en pharmacie selon le sujet à aborder.</p>
3.8 Soins	<p>3.8.5. <u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u></p> <p><a href="#">L313-12 (V) CASF</a> (liste préférentielle élaborée par MédCo)</p>	<p>Selon les entretiens menés, une liste préférentielle des médicaments adaptée à l'EHPAD est disponible au sein de la structure. Les professionnels entretenus précisent que cette liste préférentielle des médicaments a été établie en partant de la liste homonyme de l'OMéDIT Normandie.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	<p><b>3.8.6. Le stock de médicament pour besoins urgents</b></p> <p><a href="#">R5126-108 CSP</a> (autorisation d'avoir un stock de besoins urgents)</p> <p><a href="#">R5126-109 CSP</a> (Stockage Besoins urgents)</p> <p><a href="#">R4312-38 CSP</a> (IDE vérifie prescription, dosage, péremption et mode d'emploi du médicament)</p> <p><a href="#">D312-158 (13°) CASF</a> (mission MédCo en cas d'urgence)</p> <p><a href="#">R4312-43 CSP</a> (Utilisation protocole par IDE)</p> <p><a href="#">Guide circuit du médicament en EHPAD-ARS ARA-2023</a> (page 19)</p>	<p>Une liste de médicaments pour les besoins urgents, comporte toutes les classes thérapeutiques utiles lors de la survenue d'un tel besoin. Chaque classe thérapeutique regroupe ses médicaments princeps et leurs dénomination commune internationale (DCI). Cette liste de dotation est prévue pour 80 résidents.</p> <p>Le contrôle du stock de médicaments pour besoins urgents est trimestriel. La liste du stock comporte une colonne dédiée au contrôle des dates de péremption.</p> <p>Les modalités de stockage de la dotation pour besoins urgents ont été présentées au point de contrôle IGAS numéro 3.6/3.6.2 nommé « Les équipements du poste de soins ».</p>
3.8 Soins	<p><b>3.8.7. Les stupéfiants</b></p> <p><a href="#">R5132-36 CSP</a> (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique)</p> <p><a href="#">R5132-80 CSP</a> (stockage dans armoires ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre ; vol de stupéfiants)</p> <p><a href="#">R5126-109 CSP</a> (ESMS <b>sans PUI</b>, Stockage médicaments et/ou stupéfiants dans local, armoires ou autres dispositifs de rangement avec système de fermeture sécurisée)</p> <p><a href="#">R5132-31 CASF</a> (détenation de stupéfiants par médecin pour usage professionnel que <b>dans la limite d'une provision pour soins urgents</b>)</p> <p><a href="#">Arrêté du 12 mars 2013</a> (stupéfiants dans ESMS <b>avec PUI</b>)</p> <p><a href="#">Guide ARS Hauts de France (HDF)</a>, janv. 2020, « <a href="#">Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans PUI : Points de vigilance</a> » page 15</p> <p><a href="#">Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023</a>-(page 45-rangement stupéfiants séparément des autres médicaments)</p>	<p>La visite des locaux a permis de constater que pour les deux coffres à stupéfiants situés dans le poste de soins du premier étage (i.e. armoire à médicaments du premier étage, armoire pour le stock de médicaments pour besoins urgents), un registre à stupéfiants se situe à proximité immédiate de chacun de ces deux coffres. Ils existent au total six coffres à stupéfiants au sein de l'EHPAD, un par étage de prise en soins hormis, pour le rez-de-chaussée où il est absent et pour le premier étage où deux coffres sont présents. Les entretiens menés précisent que chaque registre des stupéfiants est renseigné à chaque utilisation d'un stupéfiant du stock du coffre en question (voir le point de contrôle IGAS numéro 3.6/3.6.2. nommé « Les équipement du poste de soins »). Toutefois, à la lecture du registre de l'armoire à médicaments du premier étage, dans la partie dispensation la quantité livrée par la pharmacie n'était pas renseignée par les soignants</p> <p>Une procédure de gestion des stupéfiants (Réf. : DRMS/DM/GS/V3 - Gestion des médicaments classés comme stupéfiants par les IDE, version 2 de juillet 2017, coordonnateurs, validateurs consignés) présente les principales étapes de cette gestion. Cette procédure n'appelle aucune remarque.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	<p><b>3.8.8. La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</b></p> <p><a href="#">R5132-22 CSP</a> (pharmacie délivre médicament sur présentation ordonnance en cours de validité)</p> <p><a href="#">R5132-3 CSP</a> (conformité d'une prescription)</p> <p><a href="#">R5132-13 CSP</a> (apposition mentions réglementaires des médicaments délivrés par officine)</p> <p><a href="#">R4235-48 CSP</a> (mission pharmacien)</p> <p>Si EHPAD sans PUI : <a href="#">R5126-105 à R5126-112 CSP</a></p> <p>Si EHPAD avec PUI : <a href="#">R5126-18 à R5126-55 CSP</a></p> <p><a href="#">Bonnes pratiques - ordre des pharmacies - dispensation des médicaments (juillet 2021)</a></p>	<p>La dispensation des médicaments est réalisée à partir de l'ordonnance médicamentieuse informatisée, car le pharmacien d'officine référent de l'EHPAD dispose d'une connexion à distance au logiciel métier Imago Senior. Par ailleurs, les ordonnances médicamentieuses informatisées sont imprimées et transmises par fax à la pharmacie, afin que le pharmacien puisse apposer les éléments réglementaires.</p> <p>La dispensation des médicaments se réalise par secteur de prise en charge. Quatre secteurs sont identifiés au sein de l'EHPAD. La pharmacie prépare les rouleaux des médicaments hebdomadaires des résidents par secteur. Ces rouleaux parviennent à la pharmacie : les lundis (secteur 2), les mardis (secteur 3), les mercredis (secteur 4) et les vendredis (secteur 1).</p> <p>En cas d'erreur de dispensation, c'est le préparateur en pharmacie qui la détecte en premier, car il assure le premier contrôle de tous les médicaments et dispositifs médicaux transmis par la pharmacie d'officine à l'EHPAD. La communication avec la pharmacie dans ce contexte se fait par téléphone et par courriel. Un classeur regroupe les courriels des erreurs de dispensation transmis.</p> <p>La préparation des rouleaux de médicaments délivrés par la pharmacie a lieu dans les locaux de la PUI qui sont vétustes mais propres. Le préparateur en pharmacie n'est pas dérangé lorsqu'il réalise le premier contrôle de tous les rouleaux de médicaments reçus pour un secteur de prise en charge. Lors de ce contrôle il a accès à l'ordonnance médicamentieuse originale par le biais du logiciel métier Imago Senior. Par ailleurs, une fiche Excel de « contrôle hebdomadaire de la livraison pharmacie des rouleaux résidents » permet de tracer leur contrôle notamment en cas d'erreur de dispensation.</p> <p>Tous les médicaments dispensés sont déblistérés. Sur chaque sachet faisant partie d'un rouleau, il est marqué d'une part le nom de la pharmacie, le nom de l'établissement, le n° de chambre, le nom du résident, sa date d'administration, le moment de la journée pour cette administration, et d'autre part les médicaments contenus dans le sachet avec leur dosage et les caractéristiques du comprimé/gélule. Ainsi, l'identification de chaque molécule médicamentieuse est possible jusqu'à son administration.</p> <div data-bbox="779 868 2101 943" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p><b>Écart 41 : Les médicaments sont déblistérés compromettant la sécurité et la santé des résidents, ce qui contrevient aux articles L. 1110-1 du CSP et le L.311-3 du CASF.</b></p> </div> <p>Un double contrôle des médicaments administrés est effectif. Le premier contrôle est assuré par le préparateur en pharmacie au sein de la PUI, et le deuxième contrôle est réalisé par le soignant qui distribue les médicaments aux résidents. Ce deuxième contrôle se réalise à partir de l'ordonnance originale disponible par le biais des tablettes numériques.</p> <p>La fréquence de préparation des médicaments est hebdomadaire.</p> <p>Lorsqu'un nouvel traitement est prescrit, l'ordonnance est envoyée par fax à la pharmacie, et le pharmacien est prévenu par téléphone de ce besoin de dispensation d'un nouveau traitement. Par ailleurs, lorsqu'un traitement est arrêté par le médecin coordonnateur, celui-ci imprime la nouvelle ordonnance du résident et la transmet d'une part à la pharmacie pour la prise en compte de cette modification par la pharmacie, et d'autre part aux infirmiers afin que le traitement arrêté soit retiré du rouleau des médicaments de la semaine en cours.</p> <p>L'intégration dans le pilulier d'un nouveau traitement suit plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin prescrit le changement thérapeutique et l'adresse au préparateur en pharmacie ;</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le préparateur en pharmacie contacte le pharmacien (i.e. téléphone, interface [REDACTED]) afin que le nouveau traitement soit pris en considération ;</li> <li>- Le pharmacien délivre le nouveau traitement et l'envoie au préparateur en pharmacie ;</li> <li>- Le préparateur en pharmacie intègre le nouveau traitement dans le rouleau du résident ou change complètement le rouleau ;</li> <li>- L'IDE référente du résident vérifié la concordance entre la nouvelle ordonnance médicamenteuse et le contenu du sachet de médicaments du résident avant de lui administrer ses médicaments.</li> </ul> <p>Pour les médicaments disponibles dans le stock pour les besoins urgents, l'administration du nouveau traitement est plus rapide, car la molécule médicamenteuse est disponible déjà au sein de la structure.</p>
3.8 Soins	<p><b>3.8.9. La préparation des piluliers</b></p> <p><a href="#">R5126-1 CSP</a> (EHPAD peut disposer d'une PUI)</p> <p><a href="#">Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux »</a> (ARS PACA 2017).</p> <p>OMéDIT IDF-« <a href="#">La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène</a> »-2022</p>	<p>La préparation des rouleaux de médicaments délivrés par la pharmacie a lieu dans les locaux de la PUI qui sont vétustes mais propres. Le préparateur en pharmacie n'est pas dérangé lorsqu'il réalise le premier contrôle de tous les rouleaux de médicaments reçus pour un secteur de prise en charge. Lors de ce contrôle il a accès à l'ordonnance médicamenteuse originale par le biais du logiciel métier Imago Senior. Par ailleurs, une fiche Excel de « contrôle hebdomadaire de la livraison pharmacie des rouleaux résidents » permet de tracer leur contrôle notamment en cas d'erreur de dispensation.</p> <p>Tous les médicaments dispensés sont déblistérés. Sur chaque sachet faisant partie d'un rouleau, il est marqué d'une part le nom de la pharmacie, le nom de l'établissement, le n° de chambre, le nom du résident, sa date d'administration, le moment de la journée pour cette administration, et d'autre part les médicaments contenus dans le sachet avec leur dosage et les caractéristiques du comprimé/gélule. Ainsi, l'identification de chaque molécule médicamenteuse est possible jusqu'à son administration.</p> <p>Un double contrôle des médicaments administrés est effectif. Le premier contrôle est assuré par le préparateur en pharmacie au sein de la PUI, et le deuxième contrôle est réalisé par le soignant qui distribue les médicaments aux résidents. Ce deuxième contrôle se réalise à partir de l'ordonnance originale disponible par le biais des tablettes numériques.</p> <p>La fréquence de préparation des médicaments est hebdomadaire.</p> <p>Lorsqu'un nouvel traitement est prescrit, l'ordonnance est envoyée par fax à la pharmacie, et le pharmacien est prévenu par téléphone de ce besoin de dispensation d'un nouveau traitement. Par ailleurs, lorsqu'un traitement est arrêté par le médecin coordonnateur, celui-ci imprime la nouvelle ordonnance du résident et la transmet d'une part à la pharmacie pour la prise en compte de cette modification par la pharmacie, et d'autre part aux infirmiers afin que le traitement arrêté soit retiré du rouleau des médicaments de la semaine en cours.</p> <p>L'intégration dans le pilulier d'un nouveau traitement suit plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin prescrit le changement thérapeutique et l'adresse au préparateur en pharmacie ;</li> <li>- Le préparateur en pharmacie contacte le pharmacien (i.e. téléphone, interface Imago Senior) afin que le nouveau traitement soit pris en considération ;</li> <li>- Le pharmacien délivre le nouveau traitement et l'envoie au préparateur en pharmacie ;</li> <li>- Le préparateur en pharmacie intègre le nouveau traitement dans le rouleau du résident ou change complètement le rouleau ;</li> <li>- L'IDE référente du résident vérifié la concordance entre la nouvelle ordonnance médicamenteuse et le contenu du sachet de médicaments du résident avant de lui administrer ses médicaments.</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Pour les médicaments disponibles dans le stock pour les besoins urgents, l'administration du nouveau traitement est plus rapide, car la molécule médicamenteuse est disponible déjà au sein de la structure.
3.8 Soins	<p><b>3.8.10. <u>La préparation des médicaments hors piluliers</u></b></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité résident)</p> <p><a href="#">R4311-4 CSP</a> (IDE et délégation des soins courants)</p> <p><a href="#">R4235-48 CSP</a> (missions pharmacien dans dispensation médicament)</p> <p><a href="#">R5132-3 du CSP</a> (conformité d'une prescription)</p>	Les IDE préparent les médicaments hors piluliers au vu de l'ordonnance médicamenteuse originale en cours de validité. La préparation de ces médicaments est exclusivement infirmière.
3.8 Soins	<p><b>3.8.11. <u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD</u></b></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité résident)</p>	<p>Selon les entretiens menés, la préparation des doses à administrer est assurée à partir de l'ordonnance médicamenteuse informatisée originale en cours de validité.</p> <p>Les soignants entretenus précisent que la préparation des formes sèches, hors préparation des doses à administrer, est réalisée au niveau des cinq postes de soins qui sont sécurisés par code et nettoyés quotidiennement. L'entretien des contenants individuels et du chariot de distribution des médicaments est mensuel conformément aux interviews menés et à la procédure de prise en charge médicamenteuse en EHPAD.</p> <p>Lors de la préparation des médicaments à la PUI (i.e. premier contrôle) le préparateur en pharmacie n'est pas interrompu dans cette tâche. Lors du contrôle de la préparation des médicaments par les infirmiers avant leur administration aux résidents (i.e. deuxième contrôle), ceux-ci ne sont pas interrompus dans cette tâche.</p>
3.8 Soins	<p><b>3.8.12. <u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u></b></p> <p><a href="#">Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023</a>-page 19 (réfrigérateur dédié, de volume adapté, entretenu, Température de. 2 à 8 °C, contrôlée et tracée, CAT si dépassement des seuils)</p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (Sécurité du résident)</p> <p><a href="#">D312-158 (13°) CASF</a> (MédCo-prescription pour soins urgents)</p> <p><a href="#">R.4312-39 CSP</a> (IDE protège accès aux médicaments)</p> <p>Guide ARS Hauts de France - janv. 2020, « <a href="#">Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans Pharmacie à Usage Intérieur : Points de vigilance</a> » page 15</p>	<p>Le stockage des médicaments dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'armoire à médicaments de chaque poste de soins ;</li> <li>- L'enceinte réfrigérée pour les médicaments thermosensibles ;</li> <li>- Les quatre chariots de distribution des médicaments ;</li> </ul> <p>a été décrit au point IGAS numéro 3.6/3.6.2 « Les équipements du poste de soins ».</p> <p>Les quatre chariots de distribution des médicaments sont sécurisés.</p>
3.8 Soins	<p><b>3.8.13. <u>Les dates de péremption des médicaments</u></b></p> <p><a href="#">R4312-38 CSP</a></p>	Selon les entretiens menés, une procédure relative au contrôle des dates de péremption est élaborée et disponible au sein de l'EHPAD. Cette procédure n'a pas été communiquée à la mission d'inspection. Cependant, la procédure « prise en charge médicamenteuse en EHPAD » précise les délais de contrôle des dates de péremption, à savoir :



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<a href="#"><u>RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé</u></a> (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trimestriellement : chariot d'urgence, stock des médicaments pour les besoins urgents, chariots de distribution des médicaments ;</li> <li>- Mensuellement : réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles ;</li> <li>- Hebdomadairement : stupéfiants.</li> </ul> <p>Comme évoqué à la remarque 43 relative au contrôle trimestriel du chariot d'urgence, selon les <a href="#"><u>recommandations de la HAS</u></a> ce contrôle doit être réalisé mensuellement.</p>
3.8 Soins	<b>3.8.14. La liste des médicaments écrasables</b> OMéDIT IDF- <a href="#"><u>Liste des médicaments écrasables-2022</u></a> ARS ARA « <a href="#"><u>Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI</u></a> »-juin 2023-page 22	<p>Les soignants de l'EHPAD disposent d'une liste de médicaments écrasables qui est rangée dans un lutin présent à chaque étage au niveau du chariot de distribution des médicaments. La liste de médicaments écrasables est élaborée à partir de la liste établie par OMéDIT Normandie.</p> <p>Lorsque les médicaments à administrer nécessitent un broyage, ce dernier est indiqué sur le sachet d'administration du traitement.</p> <p>Les techniques de broyage des médicaments ne font pas l'objet d'un protocole spécifique. Le protocole « prise en charge médicamenteuse en EHPAD » et notamment son annexe 4 intitulée : broyage des médicaments et préparation/administration des solutions buvables présente les quatre étapes du broyage des médicaments (i.e. analyser, préparer, administrer, nettoyer). L'utilisation des sachets/godets récupérateurs individuels n'y est pas spécifiée.</p>
3.8 Soins	<b>3.8.15. La délégation par l'IDE de l'administration des médicaments</b> <a href="#"><u>L313-26 CASF</u></a> (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante, protocole de soins) <a href="#"><u>L311-3 (1°) CASF</u></a> (sécurité du résident) <a href="#"><u>R4311-3 CSP</u></a> (IDE peut réaliser des protocoles de soins) <a href="#"><u>R4311-4 CSP</u></a> (délégation de soins courant de la vie quotidienne, protocole de soins) <a href="#"><u>R4311-7 CSP</u></a> (actes rôle sur prescription IDE) <a href="#"><u>R.4311-5 (4°) CSP</u></a> (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable) OméDIT IDF – <a href="#"><u>Fiche pratique : Focus réglementaire : quelles conditions ? Quels médicaments ? Quels professionnels ?</u></a> – 10/2022 OméDIT IDF – <a href="#"><u>Actes possibles d'aide à la prise en ESMS : Que dit le loi ?</u></a> – nov. 2022 ARS ARA Guide « <a href="#"><u>Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI - mise à jour juin 2023</u></a> » (distribution et aide à	<p><u>Organisation de la délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u></p> <p>Selon les entretiens menés et de la lecture de l'annexe 6 « Parcours habilitation aide à la prise et fiches mémo (voies cutanée, oculaire, ORL) » du protocole « prise en charge médicamenteuse en EHPAD » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels concernés sont identifiés (i.e. ASDEC, AS, AES) ;</li> <li>- Les parcours d'habilitation de trois jours est précisé (partie théorique, d'observation, partie pratique) ;</li> <li>- Les trois fiches memo d'aide à la prise (voie cutanée, voie oculaire, voie ORL) y sont intégrés.</li> </ul> <p>Par ailleurs, le tableau de suivi nominatif « Parcours d'habilitation à l'aide à la prise » permet de tracer étape par étape les compétences acquises par soignant à habilitier.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<i>la prise de médicaments : protocole ; formation et validation des capacités des AS, AES, APM par IDE et tracées ),</i>	
3.8 Soins	<p>3.8.16. <u>L'identitovigilance des résidents</u></p> <p>3.8.17. <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u></p> <p><a href="#">R4311-4 CSP</a> (Délégation rôle propre IDE à AS et AES)</p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité résident)</p> <p>ARS ARA « <a href="#">Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI</a> »-juin 2023</p>	<p><u>L'identitovigilance des résidents</u></p> <p>Il ressort des entretiens menés que cette identitovigilance précède l'administration du traitement. Elle est assurée à partir de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence de la photographie du résident sur le pilulier ;</li> <li>- La présence de la photographie du résident dans le logiciel métier [REDACTED].</li> </ul> <p>Par ailleurs, un trombinoscope est disponible pour les soignants nouveaux arrivants au niveau de chaque chariot de distribution des médicaments.</p> <p><u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u></p> <p>Les rouleaux de médicaments des résidents permettent l'identification des médicaments contenus dans chaque sachet jusqu'à leur administration. Ainsi, sur chaque sachet doses sont notés : leurs noms, leur forme galénique et leur couleur. Ces éléments permettent d'identifier chaque médicament du sachet et de valider sa dispensation. Toutefois, ces médicaments sont tous déblistérés, et ne permettent plus aux soignants, les administrant, de contrôler leurs dates de péremption. Seul le pharmacien est en mesure de réaliser ce contrôle.</p>
3.8 Soins	<p>3.8.18. <u>La traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non administration</u></p> <p><a href="#">L311-3 (1°) CASF</a> (sécurité résident)</p> <p><a href="#">R4311-4 CSP</a> (IDE et délégation des soins courants)</p> <p><a href="#">R4235-48 CSP</a> (missions pharmacien dans bon usage des médicaments)</p> <p>ARS ARA « <a href="#">Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI</a> »-juin 2023</p>	<p><u>L'administration des médicaments</u></p> <p>L'administration des médicaments aux résidents est réalisée au vu de la dernière ordonnance médicamenteuse informatisée en cours de validité. Cette administration est précédée de deux étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celle de vérification de l'adéquation entre les médicaments à administrer et ceux prescrits sur l'ordonnance ;</li> <li>- Celle d'identitovigilance décrite précédemment.</li> </ul> <p><u>La traçabilité de l'administration ou de la non-administration des médicaments</u></p> <p>Cette traçabilité est effective et est réalisée en temps réel.</p> <p>En cas d'erreur de préparation une déclaration d'évènement indésirable est systématique.</p>

## 4 Relations avec l'extérieur

### 4.1. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2 Coordination avec les autres secteurs	<p>4.1.1. <u>La convention avec un établissement de santé</u>  <a href="#">D312-155-0 (I 5°) CASF</a> (obligation convention avec ES de proximité)  <a href="#">Arrêté du 7 juillet 2005</a> modifié par 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/Article 1 : convention avec ES proche)  <a href="#">Décret no 2024-8 du 3 janvier 2024 Art. 5 2°</a> relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles</p>	<p>Une convention a été signée le 11 avril 2024 avec un Hôpital afin de faciliter le parcours de prise en charge des résidents : consultation gériatrique, hôpital de jour, consultation de spécialités, hospitalisation de court séjour, hospitalisation dans un service de spécialité avec avis gériatrique.</p> <p>Vérifier avec le médecin si protocole prise en charge aux urgences.</p>
4.2 Coordination avec les autres secteurs	<p>4.1.2. <u>Les conventions avec des intervenants libéraux</u>  <a href="#">R313-30-1 CASF</a> (contrat entre prof libéral et EHPAD)  <a href="#">Arrêté du 30 décembre 2010</a> fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.  <a href="#">D311 (V 8°) CASF</a> (liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD mise à jour)  <a href="#">L314-12 CASF</a> (condition au contrat avec les prof libéraux)  <a href="#">R4321-2 CSP</a> (bilan kiné obligatoire)  <a href="#">L4332-1 CSP</a> (acte psychomot sur prescription médicale)  <a href="#">L4341-1 CSP</a> (acte orthophoniste sur prescription médicale)</p>	<p>La direction de l'établissement n'a pas transmis de conventions signées avec les médecins traitants et paramédicaux qui sont amenés à intervenir au sein de l'EHPAD auprès des résidents.</p> <div> <p><b>Écart 42 : En ne formalisant pas de conventions régissant l'intervention des personnels médicaux et paramédicaux libéraux au sein de l'EHPAD, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) et L314-12 CASF (condition au contrat avec les prof libéraux).</b></p> </div>
4.2 Coordination avec les autres secteurs	<p>4.1.3. <u>La/les convention(s) avec l'hospitalisation à domicile (HAD)</u></p>	<p>La direction de l'établissement n'a pas transmis de conventions signées avec l'hospitalisation à domicile (HAD).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p><a href="#">D6124-204 CSP</a> (obligation de convention entre HAD et EHPAD si l'HAD y intervient)</p> <p><a href="#">Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999</a> (3°-convention avec établissement ou service de santé dans l'utilisation des protocoles antidouleur)</p>	<p><b>Écart 43 : En ne formalisant pas de conventions permettant l'accompagnement de l'hospitalisation à domicile, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'art. D6124-204 CSP (obligation de convention entre HAD et EHPAD si l'HAD intervient).</b></p>
4.2 Coordination avec les autres secteurs	<p>4.1.4. <u>La convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs</u></p> <p><a href="#">L1112-4 CSP</a> (prise en charge des soins palliatifs en ESMS)</p> <p><a href="#">L1110-5 CSP</a> (droit aux meilleurs soins, droit fin de vie digne et accompagnée, apaisement de la douleur)</p> <p><a href="#">Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs</a></p>	<p>La direction de l'établissement n'a pas transmis de conventions signées avec une équipe mobile de soins palliatifs.</p> <p><b>Écart 44 : En ne formalisant pas une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'art. L1112-4 CSP (prise en charge des soins palliatifs en ESMS).</b></p>
4.2 Coordination avec les autres secteurs	<p>4.1.5. <u>Les autres conventions</u></p> <p><a href="#">L1110-5 CSP</a> (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</p> <p><a href="#">L1112-4 CSP</a> (prise en charge de la douleur en ESMS)</p> <p><a href="#">R4311-2 (5°) CSP</a> (Rôle propre de l'infirmier)</p> <p><a href="#">Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 relative à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS</a></p> <p><a href="#">Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie</a></p> <p><a href="#">Instruction n° DGOS/R4/2022/244 du 17 novembre 2022 relative aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA)</a></p>	<p>La direction de l'EHPAD a signé une convention avec un centre de radiologie le 07/03/2022. Une convention relative à l'intervention de l'infirmière mobile d'hygiène en EHPAD (IMH) a été signée avec un hôpital 22/11/2021.</p> <p>La direction de l'établissement n'a pas transmis de conventions avec les autres partenaires du sanitaires (équipe mobile gériatrique, équipe mobile de gérontopsychiatrie, laboratoire d'analyse médicale).</p> <p><b>Écart 45 : En ne formalisant pas des conventions avec l'ensemble des partenaires de santé, la direction de l'établissement ne garantit pas le droit aux meilleurs soins des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L1110-5 CSP.</b></p>
at	<p>4.1.6. <u>Les DAC</u></p> <p><a href="#">"Plan personnalisé de coordination en santé (guide, modèle et glossaire) –HAS-2019</a></p> <p><a href="#">Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux</a></p>	<p><b>Remarque 53 : La direction de l'établissement n'a pas transmis de conventions signées avec les DAC, et ne s'inscrit pas dans le cadre des recommandations des bonnes pratiques de l'HAS.</b></p>

## 5 Récapitulatif des écarts et des remarques

### 5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	Le projet d'établissement est incomplet ; il n'aborde ni la politique de promotion de la bientraitance, ni les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance, et ne mentionne pas les personnes qualifiées, ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-8 et D311-38-3 du CASF.	15
<u>Écart 2 :</u>	En l'état, le plan bleu de l'établissement n'est pas complet, il n'inclut ni le plan de reprise d'activité (PRA), ni le plan de formation du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ni les modalités d'organisation et de déploiement adaptées à chacun des 5 plans de réponse du dispositif ORSAN, ce qui contrevient aux articles R. 311-38-1 et 2 du CASF et R. 3131-4 du CSP.	15
<u>Écart 3 :</u>	La direction de l'Ehpad ne justifie pas des effectifs en place au sein de l'Ehpad à travers un organigramme propre et affiché de nature à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, et contrevient aux dispositions des articles D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD), L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) et L311-3 1° du CASF (sécurité) et L311-3 3° du CASF (qualité de la prise en charge)	16
<u>Écart 4 :</u>	En ne formalisant pas systématiquement d'avenant au travail pour la personne assurant le poste de directeur, l'organisme gestionnaire ne garantit pas une stabilité de la fonction de directeur au sein de l'établissement et un fonctionnement sécurisé et contrevient à l'article L315-17 CASF	18
<u>Écart 5 :</u>	En ne formalisant pas une organisation des astreintes administratives et techniques (planning, procédures, calendrier) permettant d'apprécier de manière complète la continuité de direction et le niveau de sécurisation du fonctionnement de l'établissement en dehors des horaires ouverts, l'organisme gestionnaire ne garantit pas une organisation et un fonctionnement qualitatif et sécurisé de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L.311-3-1° du CASF (sécurité).	19
<u>Écart 6 :</u>	En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur exerçant à 1 ETP réglementaire, et titulaire d'un des diplômes permettant d'exercer cette fonction l'établissement ne peut garantir une prise en charge médicale sécurité et qualitative, ce qui contrevient aux articles D312-156 et 157 du CASF.	22
<u>Écart 7 :</u>	Le contrat de travail du médecin coordonnateur ne mentionne pas l'ensemble des missions qu'il doit réaliser dans le cadre de la coordination médicale au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article L312-158 du CASF.	22
<u>Écart 8 :</u>	Les résultats de la dernière enquête de satisfaction, l'organigramme nominatif précisant les ETP, liens hiérarchiques et fonctionnels et les procès-verbaux des commissions de restauration ne sont pas affichés dans l'établissement ce qui contrevient aux articles D.311-15 du CASF.	23
<u>Écart 9 :</u>	Le règlement intérieur n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-15 et D. 311-20 du CASF.	24
<u>Écart 10 :</u>	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale au moins 3 fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	24
<u>Écart 11 :</u>	En n'informant pas les membres du conseil de la vie sociale des événements indésirables et dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-10 CASF.	25
<u>Écart 12 :</u>	L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction en 2024 ce qui entrave les droits des résidents et des familles et contrevient à l'article D311-15-III du CASF	31
<u>Écart 13 :</u>	Les bilans des réclamations et plaintes ne sont pas présentés lors des réunions de CVS, ce qui contrevient à l'article R.331-10 CASF.	31
<u>Écart 14 :</u>	En n'élaborant pas de charte de déclaration d'incitation aux signalements à l'attention des professionnels, l'établissement contrevient à l'article L. 313-24 du CASF.	31

<u>Écart 15 :</u>	Le Conseil départemental n'a pas été destinataire de signalements en 2024 et a reçu un EIG en date du 8 avril 2025. Aucun retour d'expériences n'a été transmis dans les 3 mois à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	33
<u>Écart 16 :</u>	La mission constate que les inscriptions à l'ordre des professionnels infirmiers n'ont pas été transmises à la mission malgré sa demande, aussi l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.4311-15 du CSP.	40
<u>Écart 17 :</u>	Depuis 2015, les taux élevés de rotation et d'absentéisme du personnel montrent une instabilité des effectifs. Cette instabilité entraîne surcharge de travail, stress, baisse de motivation et coûts supplémentaires du personnel, et nuit à la continuité, sécurité et qualité des soins des résidents ; ce qui contrevient aux articles L311-3 1° et 3° du CASF.	42
<u>Écart 18 :</u>	En ne rédigeant pas le rapport annuel d'activité de l'établissement, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R.314-50 CASF et D.312-203 CASF	51
<u>Écart 19 :</u>	Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas en accès permanent au sein de l'Ehpad, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L331-2 CASF.	52
<u>Écart 20 :</u>	Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas paraphé par le maire, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-5 CASF.	52
<u>Écart 21 :</u>	En ne stockant pas les dossiers médicaux papier des résidents dans une armoire sécurisée, l'établissement ne respecte pas la confidentialité des données médicales ; ce qui contrevient aux articles R4127-45 I du CSP et L1110-4 CSP.	54
<u>Écart 22 :</u>	L'insuffisance de sécurité dans les accès aux escaliers est de nature à compromettre la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF	55
<u>Écart 23 :</u>	L'absence de signalétique sur le nouveau local DASRI contrevient au 1° de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	57
<u>Écart 24 :</u>	En ne disposant pas d'un dispositif permettant la surveillance de l'ensemble des résidents de l'EHPAD, l'établissement ne remplit pas son obligation d'assurer la sécurité des résidents ; ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) CASF.	59
<u>Écart 25 :</u>	Les dossiers uniques de demande d'admission ne sont pas visés par un médecin ce qui contrevient à l'article D.312-158 (2°) du CASF.	60
<u>Écart 26 :</u>	L'évaluation systématique de l'état de dépendance des résidents nouvellement admis au sein de l'EHPAD, qui doit être réalisée dans les suites immédiates de cette admission, n'est pas effective, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (4°) du CASF et aux indications prévues dans la check-list d'entrée d'un nouveau résident.	62
<u>Écart 27 :</u>	Le bilan gériatrique réalisé à l'entrée ne comprend pas systématiquement l'ensemble des dimensions attendues lors de cette évaluation, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (6°) du CASF.	63
<u>Écart 28 :</u>	Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas systématiquement élaborés après l'admission du résident dans la structure et réévalués a minima annuellement, contexte qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 I (3°) du CASF.	64
<u>Écart 29 :</u>	L'ensemble des résidents de l'Ehpad ne dispose pas d'un PAI, la direction de l'établissement ne s'inscrit pas dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et contrevient aux dispositions des articles D312.155.0 (3°) CASF, L311-3 (2°) CASF, L311-3 (3°) CASF et L311-3 (7°) du CASF	65
<u>Écart 30 :</u>	Lors de la prescription d'une contention au sein de l'EHPAD, la traçabilité des conclusions de l'évaluation de sa balance bénéfice/risque pour chaque résident mis sous contention, ainsi que la traçabilité de son consentement ou de celui de son représentant légal ne sont pas consignées dans son dossier médical, contexte qui nuit à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	72

<u>Écart 31 :</u>	La direction de l'établissement n'a pas mis en place les conditions de la bonne délivrance de la prestation « animation » et contrevient aux dispositions de l'article D312-159-2 CASF	73
<u>Écart 32 :</u>	L'absence de la traçabilité systématique dans le dossier médical informatisé de la recherche d'un trouble de la déglutition à l'admission, ne permet pas de confirmer sa réalisation, ce qui compromet la santé et la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	75
<u>Écart 33 :</u>	La mesure des valeurs du poids n'est pas mensuelle pour un quart de la population accueillie et pour presque un tiers de la population dénutrie, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	81
<u>Écart 34 :</u>	L'absence d'inscription dans le registre des stupéfiants de la quantité de stupéfiants livrée par la pharmacie contrevient aux dispositions de l'Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique.	86
<u>Écart 35 :</u>	La signalétique du DAE n'est pas mise en place conformément à l'article 1 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	87
<u>Écart 36 :</u>	La fiche de traçabilité du relevé quotidien des températures du réfrigérateur des médicaments thermosensibles n'est pas systématiquement renseignée ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur le circuit du médicament.	87
<u>Écart 37 :</u>	L'ensemble des résidents ne bénéficient pas d'un projet de soins complet dans les 3 mois suivant l'admission ou pas toujours actualisé, a minima annuellement, ce qui contrevient au L311-3 (1° et 3°) du CASF	88
<u>Écart 38 :</u>	L'ensemble des soignants ne connaissent pas l'existence du protocole de PEC de la douleur et encore moins de son contenu, ce qui contrevient aux dispositions de la Loi 2002-2 et aux articles R4312-19 et R4312-20 du CSP.	90
<u>Écart 39 :</u>	En n'ayant pas élaboré de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (e.g. sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 1110-5 du CSP.	91
<u>Écart 40 :</u>	En dépassant la durée moyenne de prescription des benzodiazépines au sein de l'EHPAD préconisée pour cette classe thérapeutique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite, notamment son article 1er.	94
<u>Écart 41 :</u>	Les médicaments sont déblistérés compromettant la sécurité et la santé des résidents, ce qui contrevient aux articles L. 1110-1 du CSP et le L.311-3 du CASF.	97
<u>Écart 42 :</u>	En ne formalisant pas de conventions régissant l'intervention des personnels médicaux et paramédicaux libéraux au sein de l'EHPAD, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPD) et L314-12 CASF (condition au contrat avec les prof libéraux).	102
<u>Écart 43 :</u>	En ne formalisant pas de conventions permettant l'accompagnement de l'hospitalisation à domicile, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'art. D6124-204 CSP (obligation de convention entre HAD et EHPAD si l'HAD intervient).	103
<u>Écart 44 :</u>	En ne formalisant pas une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'art. L1112-4 CSP (prise en charge des soins palliatifs en ESMS).	103
<u>Écart 45 :</u>	En ne formalisant pas des conventions avec l'ensemble des partenaires de santé, la direction de l'établissement ne garantit pas le droit aux meilleurs soins des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L1110-5 CSP.	103



## 5.2. Remarques

Remarque 1 :	Bien que le projet d'établissement mentionne la validation du projet d'établissement par le CVS, l'absence de transmission du compte-rendu du CVS mentionnant la validation du projet d'établissement ne permet pas à la mission d'inspection de s'assurer de la consultation préalable du CVS pour validation du projet d'établissement.	14
Remarque 2 :	L'absence de transmission d'un organigramme propre à l'établissement ne permet pas à la mission d'avoir une vision claire et complète des ressources humaines de l'établissement et de leurs liens hiérarchiques et fonctionnels.	16
Remarque 3 :	Le gestionnaire n'a pas transmis les documents concernant les COPIL/CODIR (comptes-rendus) demandés, ce qui ne permet pas à la mission d'avoir une vision sur les sujets abordés lors de ces réunions et de leurs portées en termes de management et de stratégie.	17
Remarque 4 :	L'absence de transmission de la procédure formalisée encadrant les modalités de remplacement du directeur ne permet pas à la mission de vérifier les conditions effectives dans lesquelles le directeur adjoint assure le relais de direction en l'absence du titulaire.	19
Remarque 5 :	L'IDEC étant présentée par l'établissement comme cadre de santé alors qu'aucun document transmis la concernant ne corrobore cet état, aussi la mission d'inspection souhaite que sa situation soit clarifiée.	20
Remarque 6 :	Aucune des deux infirmières coordinatrices (IDEC) ne justifie d'une formation spécifique à la coordination. Par ailleurs, la transmission de fiches de poste identiques, non nominatives, ne permet pas à la mission de distinguer clairement les responsabilités et missions attribuées à chacune d'elles. Cette situation est de nature à créer de la confusion entre les IDEC sur les rôles respectifs de chacune d'entre elles et envers les personnels soignants.	20
Remarque 7 :	L'absence de transmission du document spécifique aux signalements des agressions interroge sur la mise en œuvre effective de la procédure de signalement relative aux agressions.	28
Remarque 8 :	L'établissement ne dispose pas de procédure interne spécifique aux signalements des cas de maltraitance.	30
Remarque 9 :	La mission constate que les personnels ne sont pas formés aux événements indésirables.	31
Remarque 10 :	Le logiciel dédié à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est partiellement rempli. En effet, le PACQ n'est pas suivi régulièrement.	32
Remarque 11 :	Les réunions mensuelles telles que mentionnées dans la Procédure relative à la gestion, l'analyse/suivi et la prévention des chutes ne sont pas mises en place dans l'établissement	33
Remarque 12 :	L'effectif d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) de [REDACTED] serait non conforme en termes de quantité aux critères du CPOM de l'ARS-IDF. En effet, selon ces critères, il faudrait au minima [REDACTED] pour que l'établissement soit en mesure d'assurer la sécurité et la qualité de la délivrance des soins infirmiers aux résidents. Ainsi, il lui manquerait [REDACTED] d'IDE en contrat/statut pérenne à cet effet.	38
Remarque 13 :	L'effectif d'aide-soignant (AS)/d'accompagnant éducatif et social (AES) de [REDACTED] serait non conforme en termes de quantité aux critères du CPOM de l'ARS-IDF. En effet, selon les critères, il faudrait au minima [REDACTED] pour que l'établissement soit en mesure d'assurer la sécurité et la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents. Ainsi, il lui manquerait [REDACTED] d'AS/AES en contrat pérenne à cet effet.	38
Remarque 14 :	Lorsqu'il recrute, l'établissement ne contrôle pas systématiquement l'inscription à l'ordre des soignants qui sont concernés.	40

Remarque 15 :	L'établissement n'a pas formalisé la procédure d'accueil du nouveau professionnel, qui détaille les étapes de son intégration en son sein, afin qu'il puisse s'adapter au contexte et aux résidents qu'il accompagnera ; ce qui contrevient à la recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relative à la bientraitance	43
Remarque 16 :	Hors temps de transmission, l'établissement n'organise pas de temps d'échange collectif permettant d'interroger les pratiques professionnelles et la culture institutionnelle (comme une instance ou une commission éthique) ; ce qui contrevient à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relative au questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.	43
Remarque 17 :	Les plannings sont confectionnés sur un logiciel tableur, alors que l'établissement dispose d'un logiciel spécialisé pour cette tâche.	44
Remarque 18 :	Les plages horaires de pause des infirmiers de jour se chevauchent entre 13 h 30 et 14 h créant une rupture dans la continuité des soins infirmiers, – contrairement à celles des AS/AES/ADV qui sont organisées pour éviter toute interruption dans la continuité de l'accompagnement des résidents.	46
Remarque 19 :	Un seul temps de pause est prévu pour l'ensemble des soignants (celle du déjeuner), alors qu'ils travaillent en continu et sur de longues amplitudes horaires.	46
Remarque 20 :	L'établissement n'a pas formalisé de procédure de gestion des absences prévues et/ou inopinées de son personnel soignant.	50
Remarque 21 :	Les trois RAMA relatifs aux années 2022 à 2024 ne comportent ni les conclusions de l'analyse des événements indésirables ni l'analyse des complications liées aux soins.	51
Remarque 22 :	Les dossiers administratifs des résidents sont bien tenus cependant certains documents nécessaires à garantir la qualité de la prise en charge des résidents sont manquants : PAI et comptes-rendus des réunions de synthèse. L'Ehpad ne s'inscrit pas dans les bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM <sup>37</sup> .	53
Remarque 23 :	Les données relatives à la proportion des résidents vaccinés contre la grippe saisonnière à l'automne 2024 diffèrent selon la source d'information.	57
Remarque 24 :	Le système d'appel malade est opérationnel mais ne localise pas l'emplacement du résident quand il n'est pas dans sa chambre.	59
Remarque 25 :	L'établissement n'a pas mis en place une procédure d'admission formalisée précisant les critères de refus d'admission et la procédure de communication de refus d'admission auprès des demandeurs.	60
Remarque 26 :	L'établissement n'utilise pas VIA-TRAJECTOIRE.	60
Remarque 27 :	Il n'existe pas de projet de service de l'UVP.	63
Remarque 28 :	La mission d'inspection n'a pas identifié dans l'équipe soignante un référent PAI par résident.	65
Remarque 29 :	Pour certains résidents les observations médicales de suivi ne sont pas régulièrement consignées dans leur dossier médical informatisé, même en absence d'événement de santé intercurrent.	67
Remarque 30 :	Les synthèses médicales annuelles ne sont pas réalisées au sein de l'EHPAD	68
Remarque 31 :	Les temps de chevauchement afin de permettre les transmissions ne sont pas prévus dans les fiches de poste et planning entre équipe de nuit et équipe de jour AS ni avec l'IDE afin de faciliter et garantir la continuité des soins.	69
Remarque 32 :	L'organigramme de l'établissement n'est pas remis avec le livret d'accueil.	69
Remarque 33 :	En l'absence de projet d'établissement, il n'existe pas de projet d'animation	73
Remarque 34 :	Les activités proposées ne sont pas assez diversifiées, notamment le week-end.	73
Remarque 35 :	Pas d'affichage des comptes rendus de la commission menu et pas de mention de la commission menu en CVS.	77



Remarque 36 :	Les intervalles entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) estimé à 12h maximum	77
Remarque 37 :	Dix-huit résidents n'ont pas de valeur d'IMC au mois de décembre 2024.	79
Remarque 38 :	Vingt-trois résidents n'ont pas la valeur du dosage de l'albuminémie dans leur dossier médical.	79
Remarque 39 :	Les résidents dénutris ne bénéficient pas tous d'une association d'un régime hyperprotidique et hypercalorique.	81
Remarque 40 :	La prescription d'un CNO chez les résidents normo-pondéraux, en surpoids et obèses n'est pas conseillée.	82
Remarque 41 :	La mission d'inspection a constaté que les commandes en protection sont entreposées dans plusieurs salles en sous-sol et sont en grandes quantités.	82
Remarque 42 :	La mission d'inspection n'a pas été destinataire du recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles.	82
Remarque 43 :	Le chariot d'urgence est vérifié trimestriellement. La fréquence de son contrôle ne respecte pas les recommandations de la HAS, qui prévoit un contrôle mensuel à minima du chariot d'urgence	87
Remarque 44 :	La composition médicamenteuse du chariot d'urgence ne comporte ni d'atropine ni d'amiodarone, toutes deux recommandées à faire partie de sa dotation par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.	87
Remarque 45 :	La conduite à tenir en cas d'urgence vitale comportant le numéro d'appel en cas d'urgence vitale n'est pas affichée dans le poste de soins du premier étage.	88
Remarque 46 :	Au jour de l'inspection, 3 résidents ne disposaient pas d'un DLU en version papier	89
Remarque 47 :	Les protocoles et les procédures sont élaborés par les professionnels du siège du groupe gestionnaire sans intervention des professionnels de l'EHPAD.	91
Remarque 48 :	Une partie des protocoles et procédures ont été élaborés en 2017.	91
Remarque 49 :	La procédure « gestion des plaies » n'illustre pas au moyen des photographies les types de plaies ou d'escarres à prendre en charge selon les indications de cette procédure.	92
Remarque 50 :	L'annexe 1 de la procédure du circuit de prise en charge médicamenteuse n'est pas à jour des noms des prescripteurs.	93
Remarque 51 :	La durée moyenne de prescription de médicaments psychotropes au sein de l'EHPAD est supérieure aux 90 jours préconisés comme durée maximale de prescription pour cette classe thérapeutique.	94
Remarque 52 :	La convention avec l'officine en pharmacie ne précise pas la fréquence des livraisons, le circuit des stupéfiants, et qui effectue le double contrôle des préparations des doses à administrer.	95
Remarque 53 :	La direction de l'établissement n'a pas transmis de conventions signées avec les DAC, et ne s'inscrit pas dans le cadre des recommandations des bonnes pratiques de l'HAS.	103

## 6 Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Le Vieux Colombier, géré par le groupe gestionnaire ARPAVIE, a été réalisée sur place les 7 et 10 avril 2025 et a pris en compte les réponses apportées et les documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans plusieurs domaines dont la synthèse est consultable en pages 7 et 8 du présent rapport.

Depuis la première inspection de 2022, l'établissement et l'organisme gestionnaire ont pris la mesure des dysfonctionnements relevés et ont engagé de nombreuses actions pour y remédier. Certaines sont déjà effectives et pérennes, d'autres restent à confirmer.

La gouvernance de l'établissement demeure cependant instable en raison de la succession de plusieurs directeurs en 5 ans. Un directeur de transition est actuellement en poste, appuyé par un directeur adjoint récemment nommé dont l'implication est reconnue. L'arrivée d'une IDEC en avril 2025 constitue un renfort structurel qui pourrait permettre une meilleure coordination des soins.

L'établissement fait face à de nombreux enjeux, et reste confronté à des fragilités notables concernant, notamment, la qualité et la sécurité des soins. Le gestionnaire et l'établissement sont engagés dans une dynamique d'amélioration mais celle-ci demeure à formaliser et à stabiliser au jour de l'inspection. Ce point sera donc crucial dans les prochaines semaines et devra faire l'objet d'un suivi rapproché des autorités de contrôle et de tarification pour en évaluer les effets réels sur la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents.

Enfin, un équilibre doit être recherché entre l'implantation de changements structurels dans l'établissement et le maintien d'un environnement de travail soutenable pour les équipes.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de d'amélioration pour garantir de manière pérenne la sécurité, la continuité et la qualité de l'accompagnement des résidents.

Saint Denis, le 9 juillet 2025

Fonction	Fonction	Fonction
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS-Idf	Inspectrice désignée, ARS-Idf	Médecin inspecteur de santé publique, ARS-Idf
<div></div>		

Fonction	Fonction
Chargée de mission désignée, CD94	Chargée de mission désignée, CD94
<div></div>	

## 7 Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

**AES** : Accompagnant éducatif et social

**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique

**ARS** : Agence régionale de Santé

**AVS** : Auxiliaire de vie sociale

**AS** : Aide-soignant

**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

**CoViD** : Corona Virus Disease

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CSP** : Code de la santé publique

**CVS** : Conseil de la vie sociale

**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

**DASRIA** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

**DLU** : dossier de liaison d'urgence

**DUD** : Document unique de délégation

**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EI/EIGG** : Évènement indésirable/évènement indésirable grave

**ETP** : Équivalent temps plein

**GIR** : Groupe iso-ressources

**GMP** : Groupe iso-ressources moyen pondéré

**HACCP**: « *Hazard analysis critical control point* » (Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise)

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

**HCSP** : Haut-comité de santé publique

**IDE** : Infirmier diplômé d'État

**IDEC** : Infirmier diplômé d'État coordonnateur

**MédCo/MEDEC** : Médecin coordonnateur

**PE** : Projet d'établissement

**PVP** : Projet de vie personnalisé

**PACQ** : Plan d'amélioration continu de la qualité

**PACQSS** : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins

**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés

**PIA** : projet individuel d'accompagnement / **PAI** : Projet d'accompagnement individualisé / **PAP** : Projet d'accompagnement personnalisé / **PPA** : Projet personnalisé d'accompagnement / **PVI** : Projet de vie individualisé

**PECM** : Prise en charge médicamenteuse

**PMR** : Personnes à mobilité réduite

**PMP** : PATHOS moyen pondéré

**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle

**RDF/RF** : Règlement de fonctionnement

**RH** : Ressources humaines

**SF2H** : Société française d'hygiène hospitalière

**SFGG** : Société française de gériatrie et gériatologie

**UHR** : Unité d'hébergement renforcée

**UVP** : Unité de vie protégée

## 8 Annexes

### Annexe I Lettre de mission des agents chargés du contrôle



**Cabinet du Directeur général**  
**Inspection régionale autonomie santé**

**Délégation départementale de l'ARS**  
**Du Val de Marne**

Affaire suivie par PERICHON Astrid  
Courriel : astrid.perichon@ars.sante.fr  
Téléphone : 07 64 41 32 47

**Conseil départemental**  
**Du Val de Marne**

Affaire suivie par Nivo RAZAFINDRAZAKA  
Courriel : nivo.razafindrakaza@valdemarne.fr  
Téléphone : 01. 43. 99. 75. 96

Madame Astrid PERICHON, inspectrice de l'action  
sanitaire et sociale, IRAS,

Madame Marie-Lucile DURAND, inspectrice  
désignée de l'ARS Île-de-France, DD94

Docteur Adina HENEGAR médecin inspecteur de  
santé publique, IRAS,

Madame Allegria LEZERE, personne qualifiée, IRAS,  
Monsieur Jean-Léon CYUZUZO, personne qualifiée,  
IRAS,

Madame Andrée SIMOES, chargée de mission,  
Service de l'Offre Médico-Sociale, Direction de  
l'Autonomie, Conseil départemental du Val-de-  
Marne,

Madame Nivo RAZAFINDRAZAKA, chargée de  
mission, Service de l'Offre Médico-Sociale, Direction  
de l'Autonomie, Conseil départemental du Val-de-  
Marne,

Références : 2025\_IDF\_00076

Saint-Denis, le 17 mars 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection

Mesdames, Messieurs,

L'établissement la Résidence du Vieux Colombier (FINESS 940809387), sis au 20 avenue de l'Isle à Villiers sur  
Marne (94350), est géré par le Groupe associatif ARPAVIE.

Cet EHPAD dispose d'une capacité autorisée de 202 places d'hébergement permanent. Il est habilité à recevoir  
des bénéficiaires de l'aide sociale pour l'ensemble de sa capacité.

L'établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée le 22 mars 2022, menée conjointement par les équipes de  
l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France (délégation départementale du Val-de-Marne de l'ARS et  
l'inspection régionale autonomie santé) et du Conseil départemental du Val-de-Marne, au regard des signaux et  
réclamations le concernant. Cette mission avait pour objet de vérifier les conditions de prise en charge des  
résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance et des prestations  
hôtelières.

Au terme de la procédure contradictoire, le courrier conjoint de décision adressé à l'association gestionnaire le 24  
novembre 2023 comportait trois injonctions et une prescription maintenue portant notamment sur la qualité et la  
sécurité de la prise en charge des résidents, les ressources humaines et la coordination des soins

Depuis plusieurs mois, des signaux et réclamations font craindre une dégradation de la qualité et de la sécurité  
des prises en charge de cet établissement, aussi, à la demande de la délégation départementale du Val-de-Marne  
de l'ARS, une nouvelle inspection de cet EHPAD a été inscrite au programme d'inspection 2025 sur le fondement  
des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

L'inspection a pour objectifs :

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis  
Tél : 01 44 02 00 00  
iledefrance.ars.sante.fr

- La vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux décisions notifiées le 24 novembre 2023 ;
- Le cas échéant, l'établissement du constat d'éventuels nouveaux manquements dans le domaine du fonctionnement de l'établissement et de la dispensation des soins, la dépendance et les prestations hôtelières.

La mission débutera à compter du 7 avril 2024 à 8 heures et sera assurée par :

- Pour l'ARS

- 
- 
- 

Qui seront accompagnés de

- 
- 

- Pour le Conseil départemental

- 
- 

L'équipe sera accompagnée par Madame Giulia IESU, stagiaire ICARS en poste à l'ARS Ile-de-France.

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement. ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) ;
- Transmission des documents par dépôt via <https://collecte-pro.gouv.fr> et BlueFiles pour les documents de santé à caractère nominatif à adresser à l'attention du médecin inspecteur de santé publique.

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP<sup>2</sup> et L.133-2 du CASF<sup>3</sup> s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. 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. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront fait conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

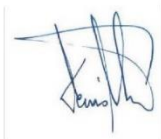
<sup>1</sup> Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

<sup>2</sup> Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout documents 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 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 ».

<sup>3</sup> 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 ».

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France

A blue ink signature of Denis Robin, featuring a stylized 'D' and 'R' with a horizontal line crossing through them.

Denis ROBIN

P/ Le Président du Département du Val-de-Marne  
Et par délégation, la Directrice Générale adjointe,  
Chargée du Pôle Solidarités

A blue ink signature of Emmanuelle Barre, featuring a large 'C' and 'B' with a horizontal line crossing through them.

Emmanuelle BARRE

## Annexe II Caractéristiques de l'échantillon d'étude et de la population accueillie dans l'EHPAD au jour de l'inspection

Caractéristique	Echantillon (n=17)	Population accueillie (n=194)
Âge moyen (ans)	87	86
Âge médian (ans)	87	87
Etendue âge (ans)	71 - 98	59 - 102
% femmes	64,7	70,1
Antécédents personnels		
Troubles cognitifs	11	/
Troubles de l'humeur	8	/
Troubles nutritionnels (dénutrition)	14	121
Troubles de la marche	0	/
AVC	3	/
Troubles de la déglutition	0	13



### Annexe III Nombre mensuel de chutes recensé sur la période du 1er janvier 2024 au 31 mars 2025

Mois	Nombre chutes
2024	
Janvier	8
Février	16
Mars	20
Avril	23
Mai	10
Juin	24
Juillet	11
Août	20
Septembre	23
Octobre	14
Novembre	13
Décembre	30
<b>Total 2024</b>	<b>212</b>
2025	
Janvier	24
Février	35
Mars	45
<b>Total 2025</b>	<b>104</b>

## Annexe IV Liste et relevé des documents demandés

	<b>Q2- ACCOMPAGNEMENT ET PRIS EN CHARGE</b>
	<b>T1. Documents pour l'accompagnement</b>
Q02-T01-1	Liste nominative des résidents par chambre et unité, admis au jour de l'inspection avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale, origine des résidents et leur GIR. FORMAT EXCEL non verrouillé
Q02-T01-2	Convention des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement
Q02-T01-3	Convention des associations intervenant dans l'établissement
	<b>T2. Projets individualisés</b>
Q02-T02-1	Procédure mise en œuvre pour la réalisation d'un PVI
Q02-T02-2	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI
Q02-T02-3	Conventions avec partenaires culturels et sportifs
Q02-T02-4	Procédure d'admission
Q02-T02-5	Modèle vierge dossier de demande d'admission
	<b>T3 - Animations/activités</b>
Q02-T03-1	Plannings individuels et collectifs des animations des 3 derniers mois
Q02-T03-2	Bilan annuel des animations /activités 2023 et 2024 et calendrier 2025
	<b>Q3- QUALITE &amp; BIENTRAITANCE</b>
	<b>T1 - Evaluation</b>
Q03-T01-1	Rapport et synthèse de la dernière évaluation interne
Q03-T01-2	Rapport et synthèse de la dernière évaluation externe
	<b>T2 - Plan amélioration continue de la qualité</b>
Q03-T02-1	Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom et les modalités de nomination/ désignation
Q03-T02-2	Le plan amélioration continue de la qualité (PACQ)
Q03-T02-3	Le PV d'adoption par CA
Q03-T02-4	Le tableau de bord de suivi et d'évaluation du PACQ
Q03-T02-5	Les fiches actions du PACQ 2024
Q03-T02-6	Les CR 2024 des réunions du COPIL PACQ
Q03-T02-7	Le calendrier 2024 des réunions COPIL PACQ
	<b>T3 - Processus de déclaration et de gestion des événements indésirables dont ceux liés aux soins</b>
Q03-T03-1	Procédure de déclaration des EI, EIG, EIAS en interne
Q03-T03-2	Procédure de déclaration des EIG, EIAS aux autorités
Q03-T03-3	Protocole de gestion et d'analyse des EI-EIG et EIAS
Q03-T03-4	Charte de protection des salariés déclarant un EI et mode(s) de diffusion aux salariés
Q03-T03-5	Fiches numérisées des EIG 2023 et 2024
Q03-T03-6	Fiches numérisées des EIAS 2023 et 2024
Q03-T03-7	Bilan des événements indésirables recensés en 2023, 2024 et 2025 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD
Q03-T03-8	Extraction EXCEL du registre des réclamations et plans d'action corrective mis en œuvre pour 2023 et 2024 ( ou copie)
Q03-T03-9	Bilan des réclamations recensés en 2023, 2024 et 2025
	<b>T4 - Gestion des risques</b>
Q03-T04-1	La Convention DASRI

Q03-T04-2	Plan Bleu et plan de continuité et de reprise de l'activité de l'établissement
Q03-T04-3	DUERP en cours de validité & le plan d'action
Q03-T04-4	Dernier PV commission sécurité INCENDIE et traçabilité des vérifications interne du bon fonctionnement du SSI en 2024
Q03-T04-5	Dernier PV de la DDPP (contrôle cuisine)
Q03-T04-6	Protocole RGPD et niveau de maturité
Q03-T04-7	Dernier rapport d'audit sur le fonctionnement du système d'appels malade
Q03-T04-8	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (6 derniers mois)- extraction de J-1 et de la nuit écoulée
Q03-T04-9	Liste des résidents non encore pourvus d'un dispositif d'appel malade
	<b>T5 - Lutte contre la maltraitance</b>
Q03-T05-1	Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance & Charte de la bientraitance
Q03-T05-2	Supports et documents relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance
Q03-T05-3	Calendrier des groupe amélioration des pratiques professionnels (GAPP) ou autres types de partages de l'expérience prof.
Q03-T05-4	Liste des Formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2023, 2024, 2025
Q03-T05-5	Attestations de suivi de stage des personnels concernés ou listes d'émargement 2023, 2024 2025
	<b>Q4- DROITS DES PERSONNES</b>
	<b>T1 - Accueil des usagers</b>
Q04-T01-1	Règlement de fonctionnement
Q04-T01-2	Livret d'accueil des nouveaux résidents + charte des droits des personnes accueillies
Q04-T01-3	Procédure d'information des résidents concernant la désignation d'une Personne de confiance
Q04-T01-4	Procédure d'information des résidents et des familles concernant la protection juridique d'un majeur
Q04-T01-5	Procédure d'information concernant le recours à une personne qualifié et La liste des personnes qualifiés
Q04-T01-6	Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles avec analyse du résultat 2023 et 2024
Q04-T01-7	Comptes rendus des réunions avec les familles 2023/2024 et N
Q04-T01-8	Menus réalisés des 3 derniers mois
Q04-T01-9	Un exemplaire type Contrat de de séjour et ses annexes
Q04-T01-10	Tableau de suivi journalier par résident du prix de revient des 4 repas
Q04-T01-11	Tableau de suivi par résident du nombre de protections quotidiennes
Q04-T01-12	Procédure d'information des résidents et des familles concernant les directives anticipées
	<b>T2 - CVS</b>
Q04-T02-1	Liste des membres du CVS et PV de la dernière élection
Q04-T02-2	Coordonnées des membres du CVS et des représentants des familles
Q04-T02-3	Règlement intérieur du CVS
Q04-T02-4	Comptes rendus des réunions des CVS 2023, 2024
Q04-T02-5	Calendrier prévisionnel des réunions et CR CVS 2025
	<b>Q6- SOINS</b>
	<b>T1 - Documents liés au soins</b>
Q06-T01-1	Projet de soins en cours et mise à jour annuelle éventuelle
Q06-T01-2	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)
Q06-T01-3	Rapports des réunions de la commission gériatrique des deux dernières années
Q06-T01-4	Calendrier des réunions impliquant des soignants et médecins pour 2024
Q06-T01-5	CR des réunions d'équipes impliquant des soignants et médecins 2024
	Liste nominative des médecins traitants des résidents. <b>A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
	Tableau nominatif de suivi année N-1 et année en cours des poids/IMC et d'albuminémies des résidents <b>Format Excel™ non verrouillé. A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>

	Tableau nominatif des régimes et des textures des résidents avec mention des collations et des compléments nutritifs oraux <b>Format Excel™ non verrouillé. A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
	Tableau nominatif des résidents sous contention, mentionnant le motif de contention, la date de début et de fin de prescription, le nom du prescripteur, le type de contention et les horaires de mise en œuvre <b>Format Excel™ non verrouillé. A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
	Kinésithérapie : liste des résidents suivis et nom de leur kiné. Détail de tous les bilans de kinésithérapie initiaux réalisés entre mars 2024 et mars 2025 et des observations de suivi. <b>A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
	Suivi psychologique : liste des résidents suivis et nom de leur psychologue. Evaluation des troubles cognitifs : liste nominative des résidents ayant eu une évaluation MMSE, un test de l'horloge, un test de cinq mots de Dubois entre mars 2024 et mars 2025. Evaluation des troubles du comportement : liste nominative des résidents ayant eu une évaluation NPI-ES entre mars 2024 et mars 2025. Evaluation de l'état dépressif des résidents : liste nominative des résidents ayant eu une évaluation au moyen de l'échelle de Cornell ou tout autre échelle évaluant l'état dépressif du résident entre mars 2024 et mars 2025. <b>A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
	Suivi orthophonique : liste des résidents suivis et nom de leur orthophoniste. <b>A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
	Pansements en cours : liste des résidents concernés par un pansement la semaine précédant la date d'inspection, motif, documents de suivi des pansements. <b>A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
Q06-T01-7	Le nombre annuel des PAI élaborés sur la période 2019 -2024 inclus.
Q06-T01-8	Vaccination antigrippale (résidents et professionnels de l'EHPAD) réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre/taux de résidents vaccinés, nombre/taux de personnels vaccinés
	Récapitulatif nominatif des chutes année N-1 et année en cours (par secteur) (Format Excel™ non verrouillé). <b>A transmettre via BlueFiles à l'attention du Docteur Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.</b>
Q06-T01-9	(RETEX) sur les bonnes pratiques liées aux soins réalisés dans les 2 dernières années
	<b>T2 - Conventions</b>
Q06-T02-1	Conventions d'exercice (i.e. contrats-types) signées entre les médecins traitants libéraux et l'établissement
Q06-T02-2	Avec une pharmacie d'officine (le cas échéant)
Q06-T02-3	Service d'accueil des urgences
Q06-T02-4	HAD, soins palliatifs (équipe mobile ou réseau de santé), équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de gérontopsychiatrie, unité Cognitivo-Comportementale
Q06-T02-5	Centre d'imagerie
Q06-T02-6	Laboratoire d'analyses médicales
Q06-T02-7	Convention avec un DAC et convention avec un(des) dentiste(s)
Q06-T02-8	Service de médecine interne ou gériatrie
Q06-T02-9	Service de chirurgie
Q06-T02-10	Service de psychiatrie
Q06-T02-11	Etablissement de santé
	<b>T3 - Procédures/protocoles en lien avec la prise en charge médicale et soignantes et le détail de chaque procédure en lien avec les thématiques suivantes</b>
Q06-T03-1	Liste de tous les protocoles et procédures en lien avec la prise en charge médicale et soignante
Q06-T03-2	Détail de certaines procédures : Pré admission et admission incluant les critères de refus ; Évaluation gériatrique ; Appel d'urgence pour problème médical H24 ; Dénutrition ; Douleur ; Détection des troubles de la déglutition ; Prise en charge des fausses routes ; Pansements et escarres ; Chutes ; Contentions ; Troubles du comportement ; Infections respiratoires aiguës collectives ; Recours aux professionnels de la rééducation (kiné, ergo, psychomotricien, orthophoniste), hospitalisation programmée, soins palliatifs, fin de vie ; Et éventuellement d'autres procédures liées aux soins que l'établissement souhaite transmettre
Q06-T03-3	Procédure entrée/sortie UVP incluant les critères
Q06-T03-4	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse (y compris audit du circuit, CR des réunions de travail, la délégation d'administration des traitements...)
Q06-T03-5	Liste des médicaments préférentiels et liste des médicaments écrasables
Q06-T03-6	<b>T4 UVP/PASA</b>
Q06-T03-7	Projet de l'UVP
Q06-T03-8	Livret d'accueil à l'UVP

Q06-T03-9	Plannings des ateliers thérapeutiques pour l'année 2025
	<b>Q5- L'ETABLISSEMENT</b>
	<b>T1 - Gouvernance et Pilotage</b>
Q05-T01-1	Organigramme hiérarchique et fonctionnel objectivant les liens entre l'organisme gestionnaire et le directeur de l'EHPAD
Q05-T01-2	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés 2024
Q05-T01-3	le PV de conformité à l'ouverture et Le PV de conformité d'accessibilité PMR
Q05-T01-4	Rapports d'activité 2024
Q05-T01-5	Rapport d'orientation budgétaire-ROB pour 2024
Q05-T01-6	CPOM et Etat de réalisation des objectifs du CPOM (ou convention tripartite)
Q05-T01-7	Auto-diagnostic de l'établissement, prérequis aux négociations du CPOM en cours de négociation
Q05-T01-8	Comptes rendus des réunions de direction (CODIR) de l'établissement 2023
Q05-T01-9	Calendriers des réunions de direction (CODIR) 2024
Q05-T01-10	Dernier arrêté de tarification du forfait global de soins et de l'arrêté de tarification du forfait global dépendance et leur notification budgétaire
Q05-T01-11	Le dernier procès-verbal de la coupe AGGIR-PATHOS
Q05-T01-12	Retourner rempli le tableau des « chambres par étage et GMP-PMP et nb de soignants en ETP »
Q06-T01-13	Autorisation pour le PASA, liste du personnel dédié au PASA, projet spécifique de fonctionnement du PASA, planning d'animation du PASA
	<b>T2 - Le projet d'établissement</b>
Q05-T02-1	Projet d'établissement
Q05-T02-12	Le PV de validation du PE par le CA ou le CSE
Q05-T02-3	Le calendrier 2024 des réunions COPIL PE
	<b>T3 - Management &amp; Stratégie</b>
Q05-T03-1	Comptes rendus des réunions COMEX / COPIL, d'encadrement, de service et des groupes de travail 2023 et calendrier 2024
Q05-T03-2	Procédure de remplacement du directeur en cas d'absence inopinée, ponctuelle ou prévue (vacances)
Q05-T03-3	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction, médico-soignantes et techniques des 12 derniers mois et légende des codes utilisés
Q05-T03-4	Liste des personnels bénéficiant d'une subdélégation et copie de chaque documents
Q05-T03-5	Procédures de mises en œuvre des astreintes administratives, médico-soignantes et techniques
	<b>T4 - Le directeur et directeur adjoint</b>
Q05-T04-1	Contrat de travail +/- avenants
Q05-T04-2	Document unique de délégation
Q05-T04-3	Fiche de poste ou feuille de route
Q05-T04-4	Diplômes
Q05-T04-5	3 derniers bulletins de salaires
	<b>T5 – MEDCO</b>
Q05-T05-1	Contrat de travail +/- avenants
Q05-T05-2	Fiche de poste ou feuille de route

Q05-T05-3	Diplômes/inscription à l'ordre
Q05-T05-4	3 derniers bulletins de salaires
	<b>T6 - Pour chaque cadre / IDEC/ professions para médicales</b>
Q05-T06-1	Contrat de travail +/- avenants ou conventions avec l'établissement
Q05-T06-2	Fiche de poste ou feuille de missions
Q05-T06-3	Diplômes
Q05-T06-4	Inscription aux ordres professionnels
Q05-T06-5	3 derniers bulletins de salaires
	<b>Q9- RESSOURCES HUMAINES</b>
	<b>T1 – Personnels et qualification</b>
Q09-T01-1	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir
Q09-T01-2	Tableau Excel à remplir et nous retourner « Le personnel médical, paramédical et soignant »
Q09-T01-3	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois
Q09-T01-4	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI/Titulaire (hors personnel cadre)
Q09-T01-5	Les contrats de travaux signés de tout le personnel soignant en CDD long (contrat de 3 mois ou plus à la date d'envoi des pièces)
Q09-T01-6	Tous les diplômes du personnel soignant de nuit (AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS de nuit en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de 3 mois ou plus à la date d'envoi des pièces) (médecin prescripteur, pharmacien...)
Q09-T01-7	Tous les diplômes des IDE en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de 3 mois ou plus à la date d'envoi des pièces) (hors IDEC/CDS)
Q09-T01-8	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical salarié en CDI/Titulaire et CDD long (contrat de plus de 3 mois à la date d'envoi des pièces) (médecin prescripteur, pharmacien...)
	<b>T2 - Formation, accompagnement à la mobilité et à la promotion, soutien des professionnels</b>
Q09-T02-1	La liste des agents en cours de formation qualifiante ainsi que leur attestation d'inscription à la formation qualifiante
Q09-T02-2	Les taux de rotation et d'absentéisme du personnel soignant des 3 dernières années
Q09-T02-3	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant
	<b>T3 - Affectation des professionnels</b>
Q09-T03-1	La maquette organisationnelle de l'équipe soignante de jour et de nuit + nombre de soignants attendu par jour et par nuit, par étage/unité et par catégorie professionnelle (équipe et contre-équipe)
Q09-T03-2	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés
Q09-T03-3	La fiche de tâches horaires, jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
Q09-T03-4	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
Q09-T03-5	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences du personnel soignant (IDE et AS/ASG et AES/AMP) et AUX/AVS
Q09-T03-6	La procédure d'attribution des heures supplémentaires
	<b>T4 - Développement professionnel des salariés</b>
Q09-T04-1	L'extrait du plan de formation N-2, N-1 et N
Q09-T04-2	La politique de GPEC et/ou les outils et actions mis en œuvre
Q09-T04-3	Politique de QVT et nom du référent de l'établissement
Q09-T04-4	Comptes rendus des CSE 2024

## Annexe V Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue

- Le directeur de transition
- Le directeur territorial du groupe gestionnaire
- Le directeur adjoint
- La responsable qualité
- Le MedCo
- Le médecin prescripteur
- L'IDEC
- La présidente du Conseil de la Vie Sociale
- La psychologue
- Les résidents
- Une famille



13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00  
[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)