

Cabinet du Directeur général de l'ARS Ile-de-France

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS des Yvelines

Conseil départemental des Yvelines

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) REPOTEL
38, rue aux Fleurs
78960 Voisins-le-Bretonneux
FINESS ET N° 780823928**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° SIICEA : 2025_IDF_00004
Contrôle sur place le 16 janvier 2025**

Mission conduite par :

- Pour l'ARS :
 - Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie-santé, ARS Ile-de-France, coordonnatrice de la mission ;
 - Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, délégation départementale des Yvelines, ARS Ile-de-France ;
 - Monsieur [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique, Inspection régionale autonomie-santé, ARS Ile-de-France ;
- Pour le Conseil départemental des Yvelines :
 - Madame [REDACTED], chargée d'inspection autonomie ;
 - Madame [REDACTED], chargée d'inspection autonomie ;

Accompagnée par :

- Monsieur [REDACTED], [REDACTED], délégation départementale des Yvelines, ARS Ile-de-France, personne qualifiée, désignée sur la base de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP) ;
- Madame [REDACTED], pharmacien inspecteur de santé publique, délégation départementale des Yvelines, ARS Ile-de-France.

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 disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux injonctions	10
1.1. Gouvernance-Management et Stratégie (1.2) – Médecin coordonnateur	10
1.1.1. Injonctions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	10
1.1.2. Injonctions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	12
1.1.3. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	14
1.1.4. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	15
1.1.4.1. MedCo	15
1.1.4.2. Télé MedCo	16
1.1.4.3. Médecin prescripteur	17
1.1.4.4. Médecins traitants et consultations spécialisées	19
1.1.4.5. Fonctions de coordination du MedCo	22
1.2. Gouvernance - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables (1.5)	51
1.2.1. Injonctions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	51
Les réponses ont été apportées au point 2.5	52
1.3. Fonctions support-Gestion des RH (2.1)	52
1.3.1. Injonctions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	52
1.3.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	54
1.3.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	55
1.3.4. Injonctions retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	60
1.3.5. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	60
1.4. Fonction support-Sécurité (2.5)	61
1.4.1. Injonctions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	61
1.4.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	61
1.4.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	61
1.5. Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (3.1)	62
1.5.1. Injonctions retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	62
1.5.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	63
1.6. Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement (3.4)	63
1.6.1. Injonction retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	63
1.6.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	64
1.7. Prise en charge-Soins (3.8)	65
1.7.1. Injonctions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	65
1.7.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	66
2. Vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux prescriptions	74
2.1. Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration (1.1)	74
2.1.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	74
2.1.2. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	74
2.1.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	75
2.2. Gouvernance-Management et Stratégie (1.2)	75
2.2.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	75
2.2.2. Prescriptions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	75
2.2.3. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	77
2.2.4. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	78
2.3. Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances (1.3)	78
2.3.1. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	78
2.3.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	79
2.4. Gouvernance-Gestion de la qualité (1.4)	79
2.4.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	79
2.4.2. Prescriptions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	81
2.4.3. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	82
2.4.4. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	82
2.5. Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables (1.5)	83
2.5.1. Prescriptions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	83
2.5.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	85
2.5.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	85

2.6. Fonctions support-Gestion des RH (2.1)	86
2.6.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	86
2.6.2. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	87
2.6.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	87
2.7. Fonction support-Gestion d'informations (2.3)	89
2.7.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	89
2.7.2. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	89
2.7.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	89
2.8. Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (3.1)	92
2.8.1. Prescription retirée le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	92
2.8.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	92
2.9. Prise en charge-Vie sociale et relationnelle (3.3)	93
2.9.1. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	93
2.9.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	93
2.10.Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement (3.8)	93
2.10.1. Prescriptions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	93
2.10.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	94
2.10.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	94
2.11.Prise en charge-Soins (3.8)	96
2.11.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022	96
2.11.2. Prescriptions retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	98
2.11.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	98
2.12.Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs (4.2)	109
2.12.1. Prescriptions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	109
2.12.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	109
2.12.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	109
3. Vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux recommandations	110
3.1. Gouvernance-Management et Stratégie (1.2)	110
3.1.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	110
3.1.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	110
3.1.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	111
3.2. Gouvernance - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables (1.5)	112
3.2.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	112
3.2.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	112
3.2.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	112
3.3. Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (3.1)	113
3.3.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	113
3.3.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	113
3.3.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	113
3.4. Prise en charge-Respect des droits et des personnes (3.2)	114
3.4.1. Recommandations retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	114
3.4.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	114
3.5. Prise en charge-Vie sociale et relationnelle (3.3)	114
3.5.1. Recommandation retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	114
3.5.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	115
3.6. Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement (3.4)	115
3.6.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	115
3.6.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	115
3.6.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	115
3.7. Prise en charge-Soins (3.8)	116
3.7.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	116
3.7.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	118
3.8. Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs (4.2)	125
3.8.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024	125
3.8.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024	125
3.8.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025	125

4. Récapitulatif des écarts et des remarques	126
4.1. Écarts	126
4.2. Remarques	128
5. Bilan de la mise en œuvre des injonctions prononcées lors des précédentes inspections	130
6. Conclusion	132
7 .Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	134
8. Annexes	135
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	135
Annexe 2 : Liste des documents demandés et bilan des transmissions réalisées	138
Annexe 3 : Liste des professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue	142
Annexe 4 : Consultations spécialisées	143
Annexe 5 : Fiche de fonction du médecin prescripteur annexée à son contrat du 7/12/2022	146
Annexe 6 : Raison sociale de la société en charge de la prestation palliative et temporaire de télé médecine	147
Annexe 7 : Fiche de fonction du cadre infirmier et de l'IDE référente	148
Annexe 8 : Onglet « tableau de bord médical » de l'extraction du tableau de bord réalisée sur place le 16/01/2025.	149
Annexe 9 : Extraction réalisée par la mission à partir de le 17/01/2025 – Fichier « netsoins_recueil_alimentation_complet_2025_01_17_15_44_43 », onglet « recueil alimentation complet ».	150
Annexe 10 : Extrait de la feuille de suivi nutritionnel du 17/01/2025	152
Annexe 11 : Prise en charge des difficultés et troubles de la mobilité = aides techniques, lève malades et verticalisateurs.	154
Annexe 12 : Journal de connexion à du téléMedCo et du médecin prescripteur sur place (IP 193.222.143.75) ou à distance du 01/12/2024 au 19/01/2025.	155
Annexe 13 : Extrait du document transmis intitulé « Matrice habilitation ». Les cases avec caractères imprimés de couleur rouge identifient des actions de soins relevant des AS/AES/AMP confiées aux ASH et auxiliaires de vie.	156
Annexe 14 : Etude des horaires et modalités (tablettes ou non) de renseignement dans de l'administration des médicaments antiparkinsoniens chez des résidents identifiés par la mission comme présentant cette pathologie	157
Annexe 15 : Etude de la traçabilité de renseignement dans de l'administration des médicaments antiparkinsoniens chez des résidents identifiés par la mission comme présentant cette pathologie.	161

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

L'EHPAD REPOTEL sis à Voisins-le-Bretonneux a fait l'objet :

-D'une première inspection menée en novembre 2022 qui portait sur la qualité de la prise en charge en termes d'accompagnement et de suivi médical des résidents ;
-Puis d'une inspection de suivi de cette première mission, menée conjointement le 26 janvier 2024 par l'Agence régionale de santé Ile-de-France et le Conseil départemental des Yvelines.

Au terme de la procédure contradictoire concernant cette seconde mission, le courrier conjoint de décisions en date du 21 octobre 2024 comportait cinq injonctions, sept prescriptions et dix-sept recommandations portant notamment sur :

- Le recrutement d'un médecin-coordonnateur avec un temps dédié à la coordination conforme (injonction) ;
- La mise en place du recours à du personnel diplômé AS et AES (injonction) ;
- La stabilisation des effectifs soignants (injonction) ;
- Un système d'appel malade (montre-alarme) fonctionnel en journée comme la nuit (injonction) ;
- L'absence de communication du support unique de transmission utilisé et du document justifiant la traçabilité en temps réel des soins et de l'administration des médicaments (injonction) ;
- Un projet d'établissement à finaliser (prescription) ;
- Une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance à poursuivre et à finaliser (prescription) ;
- La signature de convention d'exercice, avec les professionnels de santé libéraux intervenant en tant que médecins traitants (prescription).

Des éléments de preuve répondant aux injonctions, prescriptions et recommandations notifiées ont été transmis par l'organisme gestionnaire le 6 décembre 2024.

Toutefois, au regard de la situation constatée sur site le 26 janvier 2024 - des mesures correctives annoncées comme mises en œuvre depuis l'inspection conduite en novembre 2022, alors qu'elles ne l'étaient pas-, il a paru important de vérifier à nouveau sur place l'effectivité des actions correctives apportées, et notamment de celles ayant précédemment fait l'objet d'injonctions.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette nouvelle inspection de suivi (hors unité Parkinson) a été menée conjointement par l'Agence régionale de Santé Ile-de-France et le conseil départemental des Yvelines, le 16 janvier 2025, de manière inopinée.

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

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions. L'équipe a été accueillie par une apprentie et une agent d'accueil. La directrice ainsi que la cadre administrative sont arrivées, après avoir été prévenues de notre présence.

L'ensemble des professionnels se sont montrés disponibles, et sont investis et engagés.

La mission a relevé l'effectivité de la mise en œuvre de mesures correctives, à savoir :

- un nouveau projet d'établissement couvrant la période 2024-2029 ;
- une démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques mise en œuvre ;
- une politique de promotion de la bientraitance, en place ;
- des résidents disposant tous d'un projet d'accompagnement individualisé formalisé, évalué annuellement ;
- en matière de soins, l'absence de médecin-coordonnateur palliée en partie par la présence d'un médecin-prescripteur et d'un médecin-télécoordonnateur ;
- la mise en place de nombreuses commissions (chutes et contentions ; nutrition ; plaies et cicatrisation...) ;
- la prise en compte du risque individuel de chutes ;
- le suivi régulier de la douleur ;
- le suivi effectif des prescriptions de contentions ;
- l'utilisation large du SI NetSoins par les professionnels médicaux et soignants.

Des actions correctives restent à mener :

- la communication du contrat de travail signé de la médecin-coordonnatrice recrutée à compter du 27 janvier 2025, garantissant ses conditions d'exercice (dont les temps de coordination et de prescription) ;
- l'entretien de tous les locaux ;
- la sécurisation de tous les locaux et un usage conforme à leur destination ;
- l'amélioration du temps de réponse aux appels malades ;
- la traçabilité en temps réel des toilettes, et l'identification des professionnels conformément à leurs fonctions ;
- la complète mise en œuvre de la traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel au moyen des tablettes, dont le fonctionnement est à assurer dans l'ensemble des locaux (réseau Wifi) ;
- la distribution des médicaments la nuit, par des AS diplômés et formés ;
- la finalisation des conventions avec les professionnels de santé libéraux.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Au regard des constats établis au sein de l'EHPAD REPOTEL sis à Voisins-le-Bretonneux en 2022 et 2024, une nouvelle mission de suivi a été inscrite à la demande de l'ARS-Délégation départementale des Yvelines, au programme régional d'inspection et de contrôle (PRIC) de l'année 2025.

Cette mission diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de vérifier la mise en œuvre effective des mesures correctives afférentes aux décisions notifiées le 21 octobre 2024, voire le constat d'éventuels nouveaux manquements au titre du fonctionnement et de la prise en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Cette nouvelle inspection de suivi de l'EHPAD (hors unité Parkinson) a été réalisée conjointement par l'Agence régionale de Santé Ile-de-France et le Conseil départemental des Yvelines, le 16 janvier 2025, de manière inopinée.

La mise en œuvre des mesures correctives a été vérifiée sur les thématiques suivantes :

- la gouvernance ;
- la gestion des ressources humaines ;
- les prises en charge en termes d'accompagnement, de sécurisation du circuit du médicament et de soins ;
- les relations partenariales.

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

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

Présentation de l'établissement

L'établissement EHPAD « REPOTEL », situé 38, rue aux Fleurs 78960 Voisins-le-Bretonneux (N° FINESS ET 780823928), dispose d'une capacité autorisée de 74 places d'hébergement permanent, non habilitées à l'aide sociale.

Il ne compte pas d'unité de vie protégée.
Il est sous tarif partiel, sans PUI.

L'EHPAD s'est agrandi d'un nouveau bâtiment qui comptera au rez-de-chaussée, l'unité Parkinson de 14 places et à l'étage, 14 places d'hébergement permanent (places actuellement sanctuarisées). Des travaux de réorganisation/ restructuration se déroulent parallèlement dans le bâtiment d'origine.

Le jour de l'inspection, ce nouveau bâtiment n'est pas ouvert.

Le renouvellement tacite de l'autorisation est intervenu à compter du 3 janvier 2017, pour une durée de 15 ans soit jusqu'en 2032.

Les derniers GMP et PMP validés en octobre 2018 pour le CPOM s'élèvent respectivement à [REDACTED] Aussi, les données de l'EHPAD sont en-deçà des chiffres médians régionaux mentionnés ci-dessous.

1 Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de [REDACTED] ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de [REDACTED] et le PMP [REDACTED]

Les 60 résidents accueillis le 16 janvier 2025 sont répartis par GIR, comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD REPOTEL	■	■	■	■	■
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

31 résidents sont hébergés au rez-de-chaussée du bâtiment, et 29 résidents au 1er étage.

Le CPOM afférent aux établissements « EHPAD MAUREPAS » et « EHPAD REPOTEL » signé le 13 décembre 2019, a pris effet au 1er janvier 2020 et courait jusqu'au 31 décembre 2024.

L'EHPAD participe au dispositif d'astreinte de nuit et travaille avec des IDE libérales, qui se déplacent ou interviennent sur demande.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD « REPOTEL »		
Nom de l'organisme gestionnaire	CLINALLIANCE REPOTEL		
Numéro FINESS géographique	780823928		
Numéro FINESS juridique	780021309		
Statut juridique	Société par Actions Simplifiées (S.A.S)		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	74	60 ; 14 places étant sanctuarisées (elles seront installées à terme dans le nouveau bâtiment).
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Aucune place habilitée à l'aide sociale		

	Année 2018
PMP Validé	■
GMP Validé	■

Constats

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

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

³ Au jour du contrôle sur place

1. Vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux injonctions

1.1. Gouvernance-Management et Stratégie (1.2) – Médecin coordonnateur

1.1.1. Injonctions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

Mission	Type mesure	N° mesure/mission	Thème	N° Thème	N° Thème 2	Admin/Soignant	Mesure	Réponse	Analyse	Ref	Décision & délai
LD1/2022	Inj	1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	1.2	12	A & S (Missions medco)	Mettre en œuvre toutes les actions permettant le recrutement d'un médecin coordonnateur et apporter les éléments de preuve de la recherche active depuis la date de préavis de départ du médecin coordonnateur en juin 2022) ; En attendant le recrutement d'un médecin coordonnateur, la direction doit mettre en œuvre, toutes les actions visant à assurer la fonction de coordination médicale et les missions qui s'y rattachent.	L'offre de recrutement du médecin coordonnateur est diffusée sur le site de recherche d'emploi [REDACTED] et [REDACTED] depuis le 10 juin 2022. Nous n'avons reçu aucune candidature. Nous avons également mandaté un cabinet de recrutement pour cette démarche active de médecin coordonnateur. Le [REDACTED], médecin traitant de 34 résidents, a refusé d'être médecin coordonnateur mais il a accepté d'être médecin prescripteur. Depuis fin décembre 2022, le [REDACTED] a rejoint le siège du réseau en tant que référent médical et travaille en collaboration avec les équipes saignantes et médicales des EHPAD REPOTEL. Il a notamment aidé à l'élaboration des RAMA 2022 et peut-être sollicité en cas de besoin par l'équipe de Voisins. En attendant le recrutement d'un medco, nous avons sollicité les médecins coordonnateurs du réseau afin de leur demander s'ils pouvaient accorder du temps à Voisins. Ils ont tous une autre mission hors REPOTEL ne leur permettant pas de prendre en charge la coordination de Voisins. Afin de	Réponse insuffisante : La consultation de l'offre de recrutement du médecin coordonnateur sur les sites [REDACTED] est datée du 27 mai 2023. A transmettre : Réponse insuffisante : La consultation de l'offre de recrutement du médecin coordonnateur sur les sites [REDACTED] est datée du 27 mai 2023. A transmettre : Justificatifs d'une recherche active depuis le 10 juin 2022 Justificatifs d'une recherche active depuis le 10 juin 2022 Proposition de l'établissement non retenue. L'organisation proposée ne permet pas d'assurer l'ensemble des missions du médecin coordonnateur définies à l'article D.312-158 CASF. A ce jour, la coordination médicale à distance [REDACTED] n'est pas validée au niveau national. L'établissement doit se doter d'un médecin coordonnateur sur un temps dédié conformément à l'article D.312-156 du CASF	Article D. 312-156 du CASF	INJONCTION 1 MAINTENUE Immédiat

								trouver un temps de coordination, nous avons pris attache auprès du service [REDACTED] qui propose la réalisation à distance de missions du médecin coordonnateur autour de temps formels (COPIL hebdomadaire, staffs thématiques, formation) et informels (lien avec le personnel et les familles, réponse gériatrique). Moyennant financement forfaitaire, nous aurions accès à un médecin coordonnateur à distance. L'objectif est de maintenir une organisation médicale dans l'attente du recrutement d'un médecin coordonnateur au sein de l'établissement. Si vous en êtes d'accord ; cette solution de téléconsultation serait provisoire et la charge serait imputée dans notre budget soins (personnel)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.1.2. Injonctions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Inj	2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A & S (missions MedCo)	La direction de l'établissement doit procéder au recrutement effectif d'un médecin coordonnateur avec un temps dédié à la coordination conforme aux dispositions réglementaires applicables à l'effectif des résidents pris en charge. Celui-ci doit notamment assurer l'évaluation gériatrique du résident dès son admission.	Le recrutement du médecin coordonnateur ne peut être une mesure injonctive dans la mesure où il s'agit d'une obligation de moyens. Nous répondons à cet écart, indépendant de notre volonté, au niveau de la prescription 5.	La mission rappelle que l'article D.312- 156 du CASF dispose que « Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur. Au sein des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 dont la capacité autorisée est inférieure à 200 places, la fonction de coordination prévue au V du même article est occupée par un seul médecin ». L'organisme gestionnaire a fait savoir [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Le médecin [REDACTED] [REDACTED] mission précise que le poste du médecin coordonnateur souffre d'une vacance depuis juin 2022 (jusqu'alors assuré par [REDACTED]. Cf. rapport de l'inspection du 23 novembre 2022), a été occupé de septembre à la mi-décembre 2023 par le [REDACTED] et reste vacant depuis le 15 décembre 2023. Outre la non- conformité à la réglementation, l'absence de médecin coordonnateur dans la structure sur une période aussi longue compromet les missions associées à ce poste, notamment l'élaboration du RAMA (non rédigé en 2022 ni en 2023 et probablement pas en 2024) qui renseigne sur le suivi médical et la prise en charge des résidents.	Article D. 312- 156 du CASF (article modifié par décret N°2024-779 du 9 juillet 2024-article 1er).	Injonction maintenue. Délai : 2 mois.
----------	-----	---	---	-----	----	---------------------------	--	---	--	---	---

LD2/2024	Inj	1	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A & S (missions MedCo)	La direction de l'établissement doit apporter les preuves des démarches actives engagées pour le recrutement d'un médecin coordonnateur avec un temps dédié à la coordination conforme aux dispositions réglementaires applicables à l'effectif des résidents pris en charge.	Nous recherchons un médecin coordonnateur depuis des mois. Nous avons sollicité notre réseau professionnel. Nous avons publié des annonces sur les sites de recrutement : [REDACTED] ainsi que sur notre site internet ; nous avons également sollicité des cabinets de recrutement comme [REDACTED] ainsi qu'un cabinet de recrutement sectoriel (attestation jointe). La directrice a eu 4 entretiens professionnels depuis janvier 2024 (voir le mail récapitulatif). Nous avons à ce jour, des relations étroites avec un médecin expérimenté qui nous donnera sa réponse en septembre prochain. Un autre médecin rencontré dernièrement doit également nous donner sa réponse avant la fin de l'été. Dans le cadre du suivi d'inspection, nous avons proposé en septembre 2023 une solution provisoire de télécoordination médicale qui n'a pas été retenue par les services du 78 en Novembre 2023 (cf. document joint). Nous le regrettons car ce dispositif temporaire ne nous aurait pas empêché de poursuivre nos recherches et nous aurait permis de répondre à de nombreuses missions réglementées du médecin coordonnateur. Dans l'attente d'un recrutement effectif, accepteriez-vous que cette solution provisoire soit activée ?	Il est pris note des éléments de réponse. Certains justificatifs ne sont pas joints (l'attestation du cabinet de recrutement sectoriel ainsi que le mail récapitulatif les entretiens professionnels de recrutement conduits par la directrice). Les tarifs de recrutement du [REDACTED] sont élevés.	Article D. 312-156 du CASF (article modifié par décret N°2024-779 du 9 juillet 2024-article 1er).	Injonction retirée
----------	-----	---	---	-----	----	---------------------------	---	--	---	---	--------------------

1.1.3. **Éléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024**

Message adressé par la direction de l'EHPAD à la DD78 le 06/12/2024 :

« Nous avons signé une promesse d'embauche avec un médecin gériatre qui arrivera à Voisins le **1er février prochain**. Elle est très motivée pour rejoindre notre équipe, accompagner notre EHPAD et déployer le projet Parkinson.

Dans l'attente de son arrivée, nous avons contractualisé avec le prestataire EHPAD.

afin de bénéficier à titre temporaire d'une télé coordination au sein de notre

Nous leur avons demandé que le médecin puisse se déplacer sur notre établissement _____

D'après les informations transmises par l'EHPAD :

- Le [REDACTED], futur médecin coordonnateur est titulaire d'un [REDACTED] et d'un [REDACTED].
 - o C'est une [REDACTED]. Elle est âgée de [REDACTED].
 - o Dans son cursus d'internat, [REDACTED]
 - o La promesse d'embauche signée par la directrice de l'EHPAD le [REDACTED] et contre signée avec accord par [REDACTED] prévoit un temps de travail de [REDACTED] intégrant un temps dédié à la prescription médicale, soit [REDACTED] ETP au total, coordination & prescription incluses.
- La prestation de télécoordination est fournie à l'EHPAD par la société [REDACTED] (cf figure 2)
 - o Cette prestation est assurée par le [REDACTED]
 - o Les conditions sont indiquées en figure 1.

D'après la consultation du site <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/recherche/resultats> par la mission, le [REDACTED] et [REDACTED]. Il est actif au niveau d'un [REDACTED]

Figure 1 : Planification des temps de télé coordination adressé le 05/12/2024 à l'EHPAD via e-mail par le **Directeur Général Délégué d** _____

- **CODIR :**
 - o Créneau : Vendredi à 12h00
- **Réunion pluri/ téléstaff :**
 - o Créneau : Vendredi de 16h30 à 17h30
 - o Lien de connexion :xx
- **Planning thématique évoqué :**
 - o Vendredi 6/12 : Chutes
 - o Vendredi 13/12 : Nutrition
 - o Vendredi 20/12 : Plaies et cicatrisations
 - o Vendredi 27/12 : Douleur
 - o Vendredi 3/01 : Chutes
 - o Vendredi 10/01 : Nutrition

- Vendredi 17/01 : Plaies et cicatrisations
- Vendredi 24/01 : Douleur
- Autres modalités :
 - Date de démarrage : dès cette semaine
 - Invitations récurrentes Google Agenda :
 - Création identifiants | : à transmettre dès que possible
 - Mail ARS :
 - N'hésitez pas à informer votre interlocuteur ARS du déploiement de la télécoordination.
 - Pensez, si possible, à nous mettre dans la boucle de cette information pour que nous puissions, si besoin, expliquer en détails le dispositif. Nous pouvons également nous charger de cette information si vous le souhaitez. Si vous souhaitez transmettre CV + diplômes du nous les tenons à votre disposition
- Autres temps :
 - Soutien équipe Direction => travail conjoint à prévoir sur le plan d'action à transmettre à l'ARS suite à la dernière inspection + soutien sur le dossier |
 - Visite sur site => Les 3 et 31 janvier prochain⁴ notamment pour organiser la passation avec le futur médecin coordonnateur.

1.1.4. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

1.1.4.1. MedCo

Lors de la visite, le recrutement du [REDACTED] en tant que médecin coordonnateur était confirmé, avec prise de fonctions le [REDACTED]

Le projet de contrat de travail n'a pas été transmis, avec indication suivante : « Le contrat de travail du [REDACTED] sera signé au moment de sa prise de poste ». La promesse d'embauche datée [REDACTED] qui a déjà été transmise le 06/12/2024 a été transmise à nouveau.

Ecart 1. : Le contrat de travail signé du MedCo, qui permet de garantir les conditions d'exercice (planning hebdomadaire des présences, quotité mensuelle de temps consacré à la fonction de coordination, temps annexe consacré à la prescription) ainsi que de préciser le ou les lieux d'exercice n'a pas été transmis. En conséquence la mission ne peut pas valablement vérifier les dispositions prévues à l'article D312-156 du CASF du CASF ⁵([REDACTED] ETP de coordination pour un EHPAD de [REDACTED] places actuellement installées).

Remarque 1 : La quotité de temps de travail du MedCo indiquée dans le projet d'établissement 2024-2029 est de 0,5 ETP (cf. figure 9 infra). Or cette quotité doit être d'un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places. Le contrat annoncé couvrant un 0,8 ETP tout compris, le temps de prescription prévu ne devrait pas dépasser 0,2 ETP.

⁴ Le jour de la visite, les déplacements sur site du téléMedCo des 29/11 et 10/01 avaient eu lieu, celle du 31/01/2025 était programmée.

⁵ Article D312-156 du CASF : « Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur. Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ; »

Un document « Fiche de fonction du médecin coordonnateur » daté du 21/01/2025 a été transmis. L'EHPAD a indiqué : « La fiche de fonction du médecin coordonnateur, jointe, sera présentée à notre médecin coordonnateur ce [REDACTED] à sa prise de poste ».

Ce document reproduit les 14 missions listées à l'article D312-156 du CASF plus les indications reproduites en figure 2.

Figure 2 : Extrait de la fiche de fonction du médecin coordonnateur

« Contribution au bon fonctionnement général de l'établissement

- Le Médecin Coordonnateur (MEDCO) prend connaissance et respecte les protocoles établis.
 - Le MEDCO informe ses collègues et son responsable hiérarchique des tâches effectuées par le biais des processus de traçabilité établis.
- Le MEDCO participe aux formations organisées.
- Le MEDCO transmet les informations nécessaires à ses collègues ou à son responsable hiérarchique.
- Le MEDCO informe ses collègues des problématiques rencontrées et des situations à résoudre par le biais d'un processus de signalement d'évènement indésirable.
- Le MEDCO agit dans l'intérêt du résident, de l'établissement et dans le respect de la personne.
- Le MEDCO est en relation directe avec les résidents, les familles, et respecte les règles essentielles de courtoisie.
- Le MEDCO respecte le secret professionnel, les règles de confidentialité et de discrétion.
- Le MEDCO facilite la communication entre la direction, les résidents et les familles.
- Le MEDCO répond aux demandes des résidents et des familles, ou transmet les demandes à son responsable hiérarchique.
- Le MEDCO utilise et suit les stocks qui lui sont confiés dans un souci de respect des quantités consommées.
- Le MEDCO utilise et entretient le matériel qui lui est confié dans un souci de maintenance.
- Le MEDCO participe activement à la démarche qualité de l'établissement.
- Le MEDCO participe au développement des bonnes pratiques notamment en matière de bientraitance.
- Le MEDCO participe à la prévention des risques (infection nosocomiales, escarres, chutes, perte d'autonomie, etc.)
- Le MEDCO participe à l'accueil et à l'accompagnement de ses collègues et des stagiaires ».

1.1.4.2. Télé MedCo

Un document intitulé [REDACTED] » a été signé le 29/11/2024 par le [REDACTED] elle-même présidente de la SAS REPOTEL VOISINS LE BRETONNEUX [REDACTED] gestionnaire de l'EHPAD.

L'article 3 de ce contrat dispose :

« Par dérogation, l'Etablissement pourra résilier le Contrat d'application en cas de recrutement d'un médecin coordonnateur en présentiel par l'Etablissement en notifiant la Société par l'envoi d'une Lettre Recommandée avec Accusé de Réception, en respectant un préavis d'un (1) mois. Dans ce cas, l'Etablissement devra adresser à la Société la preuve de l'embauche du médecin coordonnateur ».

La prestation prévoit un audit initial, préalable à son déploiement, [REDACTED] intégré à la première facture trimestrielle. Le cout annuel hors audit initial est de [REDACTED]. Les actions dont il est prévu qu'elles soient réalisées par le MedCo mis à disposition par la [REDACTED] (cf. annexe 6) sont listées à l'article 1 du contrat (cf. figure 3).

En pratique [REDACTED] et le « groupe Clinalliance Repotel » ont « régularisé un contrat-cadre afin de permettre à chaque établissement du groupe de bénéficier d'une solution alternative de télécoordination en cas de carence d'un Médecin Coordonnateur ».

Ce contrat cadre qui organise l'utilisation de la solution de télécoordination d'EHPAD par le groupe n'a pas été transmis.

Le téléMedCo intervient chaque semaine en visioconférence le vendredi et anime/participe ainsi avec l'IDEC et d'autres soignants en charge de la thématique aux différentes commissions qui ont été mises en place : chute, nutrition, plaie et cicatrisation, douleur., ainsi qu'à la revue des demandes d'admission.

Il est prévu qu'il se déplace sur site une fois par mois : réalisé le 29/11/2024 et le 10/01/2025, prévu lors de la prise de fonction du nouveau MedCo (tuilage).

Figure 3 : extrait de l'article 1 du « CONTRAT LOCAL D'APPLICATION AU CONTRAT CADRE

/ CLINALLIANCE REPOTEL » signé le 29/11/2024

L'intervention du médecin télécoordonnateur aura pour objet de piloter la médicalisation de l'Etablissement et ses différents acteurs via la réalisation à distance de tout ou partie des 14 missions dévolues au médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour rappel à l'Article 3 du Contrat-cadre, la télécoordination se fera selon la méthode suivante :

- Mise à disposition d'un médecin télécoordonnateur expérimenté et compétent en coordination des soins et en gériatrie
- Réalisation d'un audit préalable permettant un recensement des besoins, réalisé par un expert de la gériatrie et de la coordination de soins en EHPAD. A l'issue de celle-ci le niveau de prestation adapté et un projet personnalisé de télécoordination seront mis en œuvre.
- Réalisation de téléstaffs thématiques en visio avec les équipes soignantes pour gérer le quotidien de la prise en soins => appui possible, en fonction des besoins et à discrétion de la Société, d'experts pluridisciplinaires(diététicien(ne), ergothérapeute, psychiatre, etc)
- COPIL / Poids et Nutrition / Troubles neuropsychiatriques / Chutes et contentions / Douleur et fin de vie /
- Cellule d'appui et de prévention du risque infectieux
- Connexion à distance aux dossiers médicaux des résidents pour assurer une bonne traçabilité de la coordination
- Évaluation du niveau de dépendance des résidents pour adaptation de la prise en soins
- Évaluation des besoins en soins requis des résidents (PATHOS)
- Formations régulières en e-learning des équipes soignantes avec traçabilité
- Prises de contact avec les professionnels soignants externes (médecins traitants, spécialistes, kinésithérapeutes, équipes mobiles, etc)
- Prises de contact avec les familles des résidents pour suivi et information
- Hotline gériatrique assurée par le médecin télécoordonnateur dédié à chaque établissement

La mission analyse le recours [REDACTED] du groupe à une solution de télécoordination pourtant prévue dans un contrat cadre comme suit :

- Opposition de l'ARS à cette solution dans les suites des 2 inspections précédentes.
- Préparation de [REDACTED] à la prise de poste du nouveau MedCo, avec « défrichage » et mise en œuvre effective des principaux chantiers de coordination médicale.

Une facture payée [REDACTED] par l'EHPAD à [REDACTED] a été transmise à la mission. Son montant est [REDACTED]

1.1.4.3. Médecin prescripteur

L'établissement a transmis le contrat de travail, daté du [REDACTED] du [REDACTED] médecin généraliste libéral installé [REDACTED] et qui assure depuis cette date les fonctions de médecin généraliste prescripteur au sein de l'EHPAD.

Le [REDACTED] est le médecin généraliste traitant d'une trentaine de résidents (chiffre non vérifié le jour de la visite). Son contrat ne prévoit pas d'autres sites d'intervention. Le temps de travail est de [REDACTED] hebdomadaires ([REDACTED]) répartis comme suit :

Le contrat prévoit que des interventions complémentaires sont possibles ; plusieurs entretiens ont permis de confirmer de façon convergente que tel était bien le cas en ce qui concerne les interventions du médecin prescripteur le samedi.

Figure 4 : Exemple d'intervention sur place du médecin traitant/prescripteur. Document téléchargé via [REDACTED] par le MISP de la mission le 16/01/2025, jour de la visite

Consultation

Création le 10/06/2023 par Dr. [REDACTED]s (Médecin - Généraliste)

Dr. S [REDACTED] 10/06/2023 à 08h40 :

RETOUR HOSPI VOIR CR

OAP AVEC SATURATION 92 % ARRET DIURETIQUES APRES HOSPI !!!

TA 140/70 FC 80 SAO 2 95 % SOUS O 2

CREPITANTS DIFFUS + BASES

Dr. TERMIGNON Jean-Luc ; Imprimé le 16/01/2025 à 16h46

Référencé Ségur - MS1 DUI PA/PH/DOM Version 24 ; consultations.pdf

Le projet d'établissement 2024-2029 indique :

« Le médecin prescripteur veille à la bonne application des impératifs gériatriques, des prescriptions médicales, et des produits et prestations inscrites sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Il réalise les prescriptions médicales des résidents dont il a la charge ».

La consultation des dossiers médicaux et de soins montre que le [REDACTED] assure une tâche effective de prescription, y compris pour l'ensemble des prescriptions de contention, qui sont tenues régulièrement à jour.

La durée hebdomadaire de travail du médecin prescripteur est [REDACTED] par rapport à la grille appliquée par l'ARS Île-de-France dans le cadre des aides ciblées qu'elle peut être amenée à apporter ponctuellement sous forme de crédits non reconductibles à certains EHPAD qui le nécessitent (cf. figure 5). Cependant, deux points, qui facilitent le rôle du médecin prescripteur, sont à prendre en compte :

- [REDACTED] dispose de fonctionnalités qui permettent à l'IDER de préparer les ordonnances à renouveler sans modification (médicaments, routines biologiques), avant validation par le médecin prescripteur ;
- L'accès sécurisé à [REDACTED] via Internet, peut permettre au médecin prescripteur d'assurer certaines de ses missions à distance™. La consultation des adresses IP de connexion indique que cette possibilité n'est en pratique pas utilisée par le médecin prescripteur dont les connexions à [REDACTED] sont réalisées sur place.

Figure 5 : Grille appliquée par l'ARS IdF en 2024 pour le financement, sur décision de sa part, du temps de médecin prescripteur.

Nb résidents à suivre	ETP médecins	Montant maximum alloué	temps présence hebdomadaire des médecins	
			jours	heures
10 à 15 résidents	0,10		0,5	3h30
16 à 21 résidents	0,15		0,75	5h15
22 à 29 résidents	0,20		1	7h
30 à 42 résidents	0,30		1,5	10h30
43 à 56 résidents	0,40		2	14h
57 à 70 résidents	0,50		2,5	17h30
71 à 84 résidents	0,60		3	21h
85 à 98 résidents	0,70		3,5	24h30
99 à 112 résidents	0,80		4	28h
113 à 126 résidents	0,90		4,5	31h30
127 à 140 résidents	1,00		5	35h

1.1.4.4. Médecins traitants et consultations spécialisées

L'activité du médecin prescripteur est complémentaire de celle des médecins généralistes traitants.

Le RAMA 2024 extrait le 16/01/2025 à partir de [redacted] identifie l'intervention de [redacted] médecins généralistes traitants au total (y compris le médecin prescripteur). Le médecin prescripteur, lorsque présent sur place, peut délivrer des avis et prescriptions médicales urgentes, voire si besoin décider de l'hospitalisation urgente (exemple d'un cas le [redacted]). Le médecin prescripteur n'a pas la charge de la saisie des observations médicales des résidents (cf. tableau 1).

Un précédent document transmis le 02/02/2024 faisait état de la structuration de prise en charge médicale suivante :

- [redacted] médecin prescripteur : 38 résidents (convention d'exercice libéral signée),
- [redacted] : 25 résidents (convention d'exercice libéral signée),
- [redacted] : 1 résident chacun.

Sur un panel de [redacted] résidents dont la traçabilité des prises médicamenteuses a été examinée le 16/01/2025, [redacted] avaient le médecin prescripteur comme médecin traitant, [redacted] le [redacted] et un, admis le 06/11/2024, n'avait pas encore de médecin traitant enregistré.

Tableau 1 : Extrait du RAMA 2024 téléchargé sur place à partir de NetSoins™ le 16/01/2025. Les données paraissent inexactes sur le point « Nombre de résidents avec une observation saisie par un médecin dans NETSoins », nombre d'observation étant en fait saisi par l'IDER, cf. infra.

Nombre de médecins généralistes remplissant l'observation médicale sur [redacted]	1
% de médecins généralistes remplissant l'observation médicale sur [redacted] par rapport au nombre de médecin	[redacted]
Nombre de résidents avec une observation saisie par un médecin dans [redacted]	1
% de résidents avec une observation saisie par un médecin dans [redacted] par rapport à la population étudiée	[redacted]

L'export des observations réalisées pour l'ensemble des résidents sur la période du 01/01/2023 au 16/01/2025 montre que le recours aux médecins traitants est effectif et fluide, et que depuis décembre 2023 (mois de départ du précédent MedCo), le narratif de leurs observations est en pratique saisi dans [redacted] par le cadre IDEC, qui assure un authentique rôle de coordination (figure 6).

Figure 6 : Exemple de retranscription de divers échanges ayant trait à la coordination des soins effectués par l'IDEC. Documents téléchargés via [redacted] par le MISP de la mission le 16/01/2025, jour de la visite.

Laboratoire

Création le 17/04/2024 par Mm [redacted] (Cadre de santé)

[redacted] 17/04/2024 à 10h31 :

(oubli de ma part) la veille vers 18h, en vue des résultats du bilan sanguin appel du centre gériatrique (appel la fois dernière pour la prise en charge de son AEG) pour communiquer les résultats. Ces derniers me suggère d'appeler DACTYS YVELINES SUD (mais intervention dans 2/3 jours environ) +appel le médecin traitant en vue de réfléchir sur la prise en charge médicamenteuse et possibilité d'effectuer des soins de confort pour le résident.

Appel du médecin traitant vers 18h par la suite, ce dernier est d'accord avec cela. Demande d'arrêter la perfusion et demain (donc aujourd'hui) vers 11h, je dois aller chercher une ordonnance de pour le patch de Scopolamide car encombrement bronchique et en vue de la prise de sang arrêt de la perfusion. Pour le demander en urgence à la pharmacie.

Laboratoire

Création le 05/04/2024 par Mm [redacted] (Cadre de santé)

[redacted] 05/04/2024 à 16h26 :

Vu ce jour

Appel du médecin qui ne peut pas venir car a une urgence demande faite d'appeler les urgences pour un transfert.

Renouvellement traitement

Création le 28/02/2024 par Mm [REDACTED] (Cadre de santé)

[REDACTED] 28/02/2024 à 16h54 :

Reçu de sa fille ce jour.

Consultation

Création le 20/11/2023 par Mm [REDACTED] (Cadre de santé)

[REDACTED] 20/11/2023 à 16h29 :

Consultation faite ce jour par le médecin traitant (ordonnance manuscrit)

tension à la consultation un peu faible. Prendre sa tension le matin.

Si faible (TA systolique en dessous de 12) ne pas donner le traitement "candesartan 8mg" Appeler le médecin traitant tous les matins à partir de 9h sauf le jeudi.

+ mis en place de traitement Séroplex 10MG

Relevés

20/11/2023 à 16h21, Tension : 10/7 mmHg (par M [REDACTED])

20/11/2023 à 16h21, Pulsations : 64 bpm (par Mm [REDACTED])

Consultation

Création le 15/01/2025 par Mme [REDACTED] (Cadre de santé)

Mme [REDACTED] 15/01/2025 à 17h41 :

Visite du médecin traitant ce jour, pour renouvellement d'ordonnance + application d'un crème sur 31 jours+ ordonnance de kiné .

Consultation équipe mobile de gériatrie

Création le 27/11/2024 par Mme. [REDACTED] (Cadre de santé)

Mme. [REDACTED] 27/11/2024 à 18h48 :

RDV ce jour à 10h30 comme prévu avec une psychologue +IDE du service DACTYS YVELINES SUD

Dans un premier temps, entretien avec la résidente plutôt calme, cohérente dans ses réponses

Dit ne pas avoir de douleurs mais évoque bien des angoisses par moment surtout au sujet de sa fille.

Par la suite, entretien avec la fille de la résidente + IDE +cadre + IDER

Recherche des facteurs déclenchants comme l'aide à la toilette aux lit + change + lorsqu'il y a trop de bruits +lorsqu'elle est en présence d'autres résidents ayant des troubles du comportement + appréhension de la nuit

Les ATCD ont été évoqué + histoire de la maladie et de la dépendance+ histoire de vie

Dr. TERMIGNON Jean-Luc ; Imprimé le 16/01/2025 à 16h46

Référencé Ségur - MS1 DUI PA/PH/DOM Version 24 ; consultations.pdf

Page : 5/100

Observations



REPOTEL VOISINS

38 RUE AUX FLEURS 78960 VOISINS LE
BRETONNEUX - Tél. : 01.61.37.29.29 - Fax :
01.30.57.12.66 - direction@voisins.repotel.fr

Préconisation:

Consultation en Visio plutôt avec un neurologue pour adapter le traitement avec son épilepsie + interdose d'anxiolytique avant toilette et change

Personnalisée les soins le plus possible avec des moments calme et en sécurité

Demande à sa fille d'espacer les visites dans la mesure du possible

L'entrée en UVP a été évoqué mais pour commencer observer la mise en place du traitement préconisé.

Ne pas hésiter à les recontacter pour la suite

1.1.4.5. Fonctions de coordination du MedCo

Lors de la visite inopinée du 16/01/2025, le dispositif visant à pallier l'absence prolongée de MedCo est le suivant :

- Prise de fonction d'un nouveau MedCo annoncée pour le [REDACTED]
- Mise en place d'une solution palliative temporaire de télécoordination (contrat cadre) pour l'EHPAD de Voisin-le-Bretonneux à compter du [REDACTED]
- Présence effective d'un médecin généraliste prescripteur salarié depuis le [REDACTED]
- Présence pérenne à l'effectif, simultanée et complémentaire (cf. annexe 7) :
[REDACTED] d'un « cadre IDE », chargé notamment des tâches de pilotage du personnel soignant (dont aspects RH, plannings, formation) et de l'organisation des interfaces institutionnelles pour la coordination médicale. [REDACTED] (poste précédent : [REDACTED])

- d'une « IDE référente », en charge de la coordination des soins dispensés de façon individuelle aux résidents, de l'interface avec les médecins traitants et spécialistes et opérateurs de santé, et des relations avec les familles. [REDACTED]
- Possibilité de recours à une IDE en télémedecine (cf. présentation faite lors de la commission de coordination gériatrique du 06/10/2023).

Figure 7 : Rôles respectifs du cadre IDE (ou IDE coordonnateur) et de l'infirmier référent. Extrait du PE 2024-2029, p.44-45.

<u>L'infirmier coordonnateur</u> – L'infirmier coordonnateur est garant sous la responsabilité de la Direction, de la sécurité et de la continuité des soins. Il coordonne les soignants, s'assure des transmissions des informations liées à l'état de santé des résidents. – Sa vision transversale lui permet d'établir des plans d'actions spécifiques pour améliorer la prise en charge au quotidien. – Ses missions sont variées (gestion des stocks, élaboration des documents officiels, intégration des nouveaux soignants, évaluation des pratiques professionnelles, rencontre des familles, animation de mini-formations, réunions de service...)	<u>L'infirmier référent</u> – L'infirmier référent prend connaissance et respecte les protocoles établis. – Il informe ses collègues et son responsable hiérarchique des tâches effectuées par le biais des processus de traçabilité établis. Il s'assure du suivi médical des résidents en participant aux visites médicales programmées par les médecins traitants – Il transmet les informations nécessaires à ses collègues ou à son responsable hiérarchique. – Il informe ses collègues des problématiques rencontrées et des situations à résoudre par le biais d'un processus de signalement d'évènement indésirable. – Il utilise et suit les stocks qui lui sont confiés dans un souci de respect des quantités consommées. – L'IDER participe au développement des bonnes pratiques notamment en matière de bientraitance. – L'IDER participe à la prévention des risques (infection nosocomiales, escarres, chutes, perte d'autonomie, etc.) L'IDER participe à l'accueil et à l'accompagnement de ses collègues et des stagiaires.
--	--

Figure 8 : L'analyse de l'extraction des observations médicales entre le 01/01/2023 et le 16/12/2024 montre la présence tracée d'un MedCo au 4^{ème} trimestre 2023 (exemples en colonne de gauche) et en début décembre 2024 (colonne de droite). Pour cette seconde période fin 2024, il s'agit du « TéléMedCo » entré en fonction le [redacted] Documents téléchargés via [redacted] par le MISP de la mission le 16/01/2025, jour de la visite.

Observations médecin coordonnateur

Création le 16/10/2023 par Mme. [redacted] (Médecin - Coordonnateur)

[redacted] 16/10/2023 à 17h19 :

Transfert ce jour au SAU Mignot,

Désaturation de plus en plus importante avec tirage.

Vomissement et diarrhée.

test COVID négatif

doute sur une rougeur de la jambe gauche.

Fille informée

Dr [redacted] informée

Observations médecin coordonnateur

Création le 31/10/2023 par Mme. [redacted] (Médecin - Coordonnateur)

[redacted] 31/10/2023 à 10h04 :

Entretien téléphonique succinct hier soir avec la fille

Observations médecin coordonnateur

Création le 20/11/2023 par Mme. [redacted] (Médecin - Coordonnateur)

[redacted] 20/11/2023 à 18h01 :

au niveau cardiaque : suivi par Dr [redacted] à l'hôpital privé d'ANTONY

insuffisance rénale : suivi par le docteur [redacted] néphrologue à l'hôpital privé d'ANTONY

=> NFS tous les mois et CONTRE- INDICATION des anti-inflammatoire

Compte rendu

Création le 06/12/2024 par M. [redacted] (Médecin - Coordonnateur)

[redacted] 09/12/2024 à 09h54 :

Compte-rendu de la réunion analyse des chutes le 6 décembre 2024

Chute le 20 novembre 2024 ayant entraîné une fracture per-trochantérienne opérée.

Facteurs de risque :

- Femme de plus de 90 ans

- Antécédents de fracture

- Cyphose

- Hypertension

- Arythmie

Dr. TERMIGNON Jean-Luc ; Imprimé le 16/01/2025 à 16h46

Référencé Ségur - MS1 DUI PA/PH/DOM Version 24 ; consultations.pdf

Observations

REPOTEL VOISINS

38 RUE AUX FLEURS 78960 VOISINS LE
BRETONNEUX - Tél. : 01.61.37.29.29 - Fax :
01.30.57.12.66 - direction@voisins.repotel.fr



→ Bilan blo à faire avec dosage de vitamine D

→ Prescription de UVEDOSE 50 000 UI / mois en attendant les résultats

Il convient de noter que la fiche de fonction annexée au contrat de travail du médecin prescripteur prévoit que ce dernier participe à plusieurs des missions assurées par le MedCo, (cf annexe 5) en lien avec ce dernier. Les n° indiqués dans la liste suivante sont ceux qui figurent à l'article D312-158 du CASF :

- Projet général de soins (n°1) ;
- Commission de coordination gériatrique (n°3) ;
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins (n°5) ;
- Adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations (n°7) : il s'agit là de la mission principale du médecin prescripteur qui est appelé à renouveler les ordonnances.
- Participe au RAMA (n°10)

L'analyse de la matrice d'habilitation [REDACTED] montre que les droits d'écriture (création, modification, suppression) du médecin prescripteur (identifié comme « médecin (2) ») sont plus limités que ceux du médecin coordonnateur, ce qui permet de confirmer que leurs rôles sont complémentaires.

Le constat peut être fait que le 16/12/2024 l'injonction maintenue depuis le 5 juillet 2023 n'était toujours pas mise en œuvre : un MedCo n'avait toujours pas pris ses fonctions de façon pérenne. Cependant, le constat peut également être fait que des solutions palliatives ont été mises en place : rôle de coordination des soins effectif et vérifié de l'IDER, interventions individuelles du médecin prescripteur (mission n°13 du MedCo), solution palliative transitoire de télécoordination préparant la prise de fonction du futur MedCo.

Dans ce contexte, la mission s'est attachée à évaluer à partir des informations tracées dans [REDACTED] si et dans quelle mesure les 14 missions dévolues au MedCo listées à l'art D312-156 étaient effectivement mises en œuvre le 16/01/2025, jour de la visite sur site. L'analyse, mission par mission, figure ci-dessous.

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre :

Le projet d'établissement 2024-2029 de l'EHPAD avait été précédemment transmis le 6 décembre 2024 à la DD78 dans le cadre de l'inspection n°2 réalisée le 24/01/2024 (cf. figure 9).

Le chapitre III « Projet de soins et projet médical » est exposé pages 42 à 70.

Aucune action récente concernant le PE et relevant du MedCo n'est à noter.

Figure 9 : Extrait du projet d'établissement 2024-2029 de l'EHPAD, III) 3°) la coordination des soins.

Le personnel soignant comprend :

- 1 IDE à temps complet
- 1 soignants de jour à temps complet + 1 soignant à mi-temps (AS, AMP)
- 1 soignants de nuit à temps complet + 1 soignants de nuit à mi-temps
- 1 IDEC (ETP)
- 1 infirmière référente (ETP)
- 1 médecin prescripteur (ETP)
- 1 psychologue à (ETP)
- 1 ergothérapeute (ETP)
- 1 psychomotricien (ETP)

Remarque 2 : Dans l'éventualité de la mise en œuvre d'une unité réservée aux patients atteints de syndromes parkinsoniens, une action du MedCo va être requise afin de préciser le projet de soins qui concernera spécifiquement cette unité. Ref : Recommandations HAS concernant la prise en charge de la maladie de Parkinson https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058428/fr/maladie-de-parkinson ⁶

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution :

Il a été indiqué en entretien que pour la partie médicale, cette fonction était actuellement assurée par le [REDACTED] TéléMedCo.

L'IDEC (cadre de santé) émet également un avis pour la partie soignante.

Les demandes et les avis sont examinés en CODIR dont une partie est en fait réservée à un format de commission d'admission, présidée par la directrice de l'EHPAD.

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an.

Il a été demandé la transmission des comptes-rendus des 3 dernières commissions de coordination gériatrique. Ceux des commissions des 06/10/2023, 25/06/2024, et 12/12/2024 ont été transmis.

Un seul médecin est présent à chaque commission : le MedCo en titre à l'époque pour celle du 06/10/2023, le médecin prescripteur pour les 2 autres (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Composition des 3 dernières commissions de coordination gériatrique.

	06/10/2023	25/06/2024	12/12/2024
MedCo	X		
Médecin prescripteur		X	X
Médecins traitants		X	
Directrice	X	X	X
Directrice adjointe	X		X
Directrice des soins du réseau Repotel	X		
Pharmacien	X	X	
Biologiste			X
IDEC		X	X
IDER		X	X
IDE en télé médecine	X		
Psychologue		X	X
Ergothérapeute		X	X
Kinésithérapeute	X	XX	XX
Gouvernante			X

⁶ Recommandations HAS :

- Maladie de Parkinson et syndromes apparentés : techniques et modalités de la prise en charge non médicamenteuse des troubles moteurs Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 05 juil. 2016
- Maladie de Parkinson Prescription d'activité physique Validée par le Collège le 13 juillet 2022
- Guide parcours de soins maladie de Parkinson Guide maladie chronique - Mis en ligne le 04 oct. 2016
- Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Ehpad Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 01 juin 2018.

Selon les entretiens, les GIR étaient validés par le [REDACTED] pour ses patients et par le [REDACTED] (médecin prescripteur) pour les siens. Ceux concernant les [REDACTED] entrants les plus récents l'ont été par le TéléméCo.

Il existe un encadrement institutionnel des risques y compris sanitaires, via le plan bleu.

Le siège du groupe produit et diffuse des procédures.

Depuis son recrutement fin novembre 2024, le TéléMedCo participe et anime (visioconférence et parfois présentiel) avec l'IDEC et d'autres soignants en charge de la thématique les différentes commissions qui ont été mises en place : chute, nutrition, plaie et cicatrisation, douleur.

Les constats de la mission concernant ces 4 domaines de risque/prise en charge sont les suivants :

La mission a réalisé le 17/01/2025 à partir de [REDACTED] :

- une extraction de l'ensemble des chutes survenues sur une année glissante (cf. tableau 3).
 - o Le fichier contient ■■ chutes survenues entre le 17/01/2024 et le 15/01/2025 chez ■■ résidents dont ■ des ■ résidents présentant un syndrome parkinsonien.
 - o Chez ■■ résidents, les chutes sont notamment nocturnes (■■ chutes sont survenues entre 20h00 et 8h00).
 - o Ces chutes ont conduit ■■ fois à un passage au SAU.
 - o Une analyse par l'ergothérapeute est tracée pour ■■ chutes.
- Un export nominatif a été réalisé par la mission de tous les risques individuels identifiés chez l'ensemble des résidents : ■■ d'entre eux sont notés comme présentant un risque de chute, avec parfois une notation écrite soulignant un risque élevé.

Tableau 3 : Synthèse de l'extraction de l'ensemble des chutes survenues entre le 17/01/2024 et le 15/01/2025. Les lignes correspondant aux résidents parkinsoniens sont surlignées en jaune.

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dans le courrier de suivi adressé à la DD78 le 06/12/2024, l'établissement précisait :

- L'aménagement de l'environnement du résident (par l'ergothérapeute)
- Des séances de kinésithérapie
- Un réajustement thérapeutique
- Des chaussures et chaussons adaptés aux besoins des résidents (le passage à la demande d'un orthopédiste partenaire est prévu à cet effet)
- Des ateliers de prévention des chutes organisés par l'ergothérapeute. (cf. **comptes-rendus ci-joints**).
- Des séances d'activité de stimulation physique dispensées par des professionnels spécialisés de l'activité physique adaptée de (cf. **factures ci-jointes**) ».

La procédure « Chutes – Prévention et conduite à tenir » (PRT-MED-011, v1 du 17/03/2023) a été transmise à nouveau. Celle-ci prévoit notamment les points suivants :

- | | |
|----|---|
| 1. | Le cas échéant (uniquement si la chute a eu des conséquences pour le résident) réaliser un signalement sur FEI sur _____ Si identifié comme EIGAS, faire une remontée de déclaration auprès de l'ARS conformément au protocole. |
| 2. | Organiser l'analyse de chute avec le logicien _____ en équipe pluridisciplinaire dans la semaine qui suit l'incident pour les chutes graves et dans le mois pour les chutes non graves. |

3. Reporter les chutes dans le RAMA

Les délais de réponse aux appels malades, qui peuvent être un facteur de chute si délai important sans réponse, sont régulièrement (rythme hebdomadaire fin 2024) analysés de façon collégiale.

La mission s'est vu transmettre les comptes-rendus des commissions chute et contention :

- du 03/10/2024, durée 30 mn animée par l'IDEC et l'ergothérapeute en présence d'une IDE, de 7 AS et d'un élève IDE.
- du 14/11/2024, durée 30 mn animée par l'IDEC et l'ergothérapeute en présence de 6 AS (cf. figure 10).
- du 06/12/2024, durée 1h animée par le MedCo, en présence de l'IDEC, de l'ergothérapeute et de 7 AS.
- du 10/01/2025, durée 30 mn animée par le MedCo, en présence de l'IDEC, de l'ergothérapeute, d'une IDE, d'une élève IDE et de 4 AS.

La mission constate :

- Que ces réunions sont régulières (mensuelles) et associent systématiquement l'ergothérapeute, en responsabilité des appareillages et des aménagements des chambres pour faciliter une mobilité sécurisée. Il existe un réel portage auprès des équipes par l'IDEC.
- Que le téléMedCo a animé ces réunions à partir de celle du 06/12/2024 à la suite de sa prise de poste le 29/11/2024.
- Que le contenu de ces réunions est consistant depuis le 06/12/2024 avec analyse individuelle résident par résident et discussion collégiale pour la mise en place d'action d'amélioration concrètes.

Figure 10 : Extraits du compte-rendu de la réunion d'analyse pluriprofessionnelle des chutes du 14/11/2024 (analyse des chutes d'octobre 2024).

Intitulé – Thème : Commission Chute et Contention

+ Analyse des chutes des mois Octobre.

+ Discussion en équipe sur l'aménagement des chambres des résidents à risque de chute élevée.

+ Analyse / ~~indication~~ Indication des Contention des Résidents en équipe : Fenouillère ++.

Actions décidées / Conduites à tenir :

+ Favoriser un meilleur Aménagement des chambres avec le moins d'obstacles / Favoriser une bonne prise en charge des Aides Techniques de l'ensemble des Résidents.

26/10/2024	1	Modéré	Levothyrox / troubles du comportement/ épilepsie	Madame a un risque de chute +++ . Fauteuil roulant préconisé mais non installé ce jour dû à une demande de la famille.
25/10/2024	2	Urgence	Levothyrox / troubles du comportement/ épilepsie	Madame a un risque de chute +++ . Fauteuil roulant préconisé mais non installé ce jour dû à une demande de la famille.
24/10/2024	1	Sans gravité	Chute Mécanique / Anti-coagulant	Surveillance ++ dû à une fatigue importante dû à son infection urinaire
23/10/2024	1	Sans gravité	Chute mécanique durant un transfert réalisé seule / Anti-coagulant	Surveillance quand madame reste seule dans sa chambre
21/10/2024	1	Modéré	Chute durant un transfert. Syndrome parkinsonien/ démence/	Favoriser une surveillance dans les espaces communs.
21/10/2024	1	Urgence	Cause environnementale : sol mouillé / obstacle Arythmie /dépression	Favoriser un bon chaussage et un environnement sans obstacle. Madame se déplacer sans aide technique dans sa chambre. Proposition faite à madame de se déplacer avec sa canne dans sa chambre ou en déambulateur.

La mission considère que le risque individuel de chute est effectivement pris en compte au niveau institutionnel.

B. Nutrition

Le matériel de pesée actuellement disponible pour l'ensemble de l'EHPAD est limité au regard de la population de l'EHPAD : une plateforme de pesée et une chaise de pesée. Il n'y a pas présence de pesons pouvant être utilisés sur les matériels de levage.

Des fichiers de suivi nutritionnel en date des 13/12/2024 et 17/01/2025 ont été transmis (cf. un extrait en figure 12).

Le fichier nominatif du 17/01/2025 a été analysé (cf. annexe 10 et figure 13) :

- Il concerne ■ résidents
- Il existe de nombreuses lacunes portant :
 - D'une part, sur la qualification de la situation de dénutrition au regard de données existantes : poids, albumine, IMC
 - D'autre part, l'absence de qualification de dénutrition avec des poids faibles à très faibles, en l'absence de présence du calcul de l'IMC dans le tableau, ce qui conduit vraisemblablement à une sous-estimation du nombre de résidents effectivement dénutris.
 - Une action « mesurer l'IMC » est inscrite pour ■ résidents (■ des résidents), qui ne peuvent donc pas se voir attribuer un statut nutritionnel.

En parallèle la mission a analysé un fichier nominatif qu'elle a extrait de ■ le 17/01/2025 intitulé « ■_recueil_alimentation_complet_2025_01_17_15_44_43 », onglet « recueil alimentation complet », qui concerne 60 résidents.

Elle a pu comparer les 2 fichiers au résident près en utilisant les identifiants « chambre » et « nom/prénom ».

Il en ressort que les indications de régime sont strictement comparables pour les 2 fichiers.

On observe :

- ■ résidents dont l'IMC est < 20, ce qui signe une dénutrition.
- Et ■ résidents bénéficiant d'un régime hyper-protéiné.
- **Mais les 2 populations ne correspondent pas avec des résidents non dénutris qui sont sous régime hyper-protéiné et des résidents dénutris qui ne le sont pas.**

Figure 11 : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles HAS, avril 2007, p.9

4.3 Le diagnostic de dénutrition sévère

Il repose sur un ou plusieurs des critères suivants :

- perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ;
- IMC < 18 ;
- albuminémie < 30 g/l.

Il est important de distinguer les formes sévères de la dénutrition. La dénutrition sévère est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité. Elle justifie donc une prise en charge nutritionnelle rapide.

Figure 12 : Extrait du fichier de suivi nutritionnel en date du 13/12/2024 permettant d'en reproduire le format.

Résident	N° de ch	Poids M-5	Poids M-2	Poids M-1	Poids actuel	Alb. Actuelle	Date alb.	IMC	Régime	Texture	Nbre de CNO	Dénutrition ?	Actions
		81,9	82	82.6 kg	81,2	29 g/L	29/02/2024	27,13	Aucun régime	Haché	-		
			83	101 kg	101,8	33.6 g/L	08/11/2024	32,1		Normal	-		
	73	70,7	77.6 kg	69,6		37 g/L	06/09/2024	-	Diabétique	Haché	-		Mesurer IMC
	42,8	44,7	45.5 kg			21.9 g/L	16/04/2024	-	Aucun régime	Normal	1		Mesurer IMC
	57,8	61,6	59.8 kg	58,2		34.1 g/L	16/04/2024	-	Aucun régime	Mixé	1		Mesurer IMC
		59,6	60,4	61 kg	56,6	35.7 g/L	10/09/2024	20,05	Hyperprotéiné	Normal	1	Oui Modérée	Texture mixée temporaire
		71,8	73,8	74.3 kg	72,5	34.7 g/L	25/07/2024	21,65	Aucun régime	Normal	-		
		69,5	72	72.2 kg	71,7	44.8 g/L	25/09/2024	-		Normal	-	Oui Modérée	Mesurer IMC Régime normal
		50,1	53,3	53 kg	51,01	43.8 g/L	12/09/2024	18,11	Aucun régime	Haché	-	Oui Modérée	Surveillance
		70,6	73,3	73.3 kg	70,1	36.1 g/L	24/12/2024	-	Aucun régime	Haché Normal	2		Mesurer IMC
		81,4	86,1	86.6 kg	85,8	31.4 g/L	25/06/2024	31,14	Diabétique	Normal	-	Non	
			80,2	78,8 kg	77,6	-		-		Mixé	-	Oui Modérée	Mesurer IMC Régime normal
		65,6	59,6	58 kg	59,4	30,4 g/L	29/10/2024	18,04	Anticonstipation Riche en fibres	Haché	1 (ne prend pas)	Oui Modérée	Bilan déglutition (Parkinson) FAIT OK TEXTURE hâchée Régime hyperprotéiné
		51,4	55,8	55.6 kg	55,2	26.8 g/L	04/04/2024	24,86	Aucun régime	Mixé	1	Non	

L'analyse du fichier de suivi nutritionnel du 17/01/2025 montre que la prescription de CNO paraît aléatoire : ■ résidents ont une prescription de CNO sans prescription correspondante de régime hyper-protéiné (cf figure 13).

Les documents transmis permettent d'identifier l'existence tracée d'un suivi nutritionnel des résidents à partir de la prise de fonction récente du TéléMedCo. L'analyse détaillée du dernier fichier de suivi nutritionnel du 17/01/2025 montre cependant que, malgré l'intervention du TéléMedCo, le classement des résidents par statut nutritionnel, et le traitement des résidents dénutris sont actuellement lacunaires et imprécis.

La « Procédure d'évaluation et de prise en charge de la dénutrition » (Réf : PRC-MED-002, Version : 2, Date MAJ : 17/05/2022) ne correspond pas aux recommandations de la HAS. Réf. : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles HAS, avril 2007.

Figure 13 : Analyse du fichier de suivi nutritionnel du 17/01/2025 et de l'export « CNO_17012025_export_tableau_netsoins_medical_listes »

		Régime hyper-protéiné	
		Oui	Non
CNO	Oui		
	Non		

	Libellé	Fréquence	Date début	Date fin
1	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 8h, 12h et 18h, tous les jours	29/12/2024	28/03/2025
2	RESUBIN 2KCAL CR FRAIS BOIS4X200G	1 "1" à 10h et 16h, tous les jours	25/11/2024	22/02/2025
3	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 16h, tous les jours	13/01/2025	09/02/2025
4	ORTIMEL 1.5KCAL FRAISE 200X4	1 bouteille à 8h et 18h, tous les jours	06/12/2024	28/02/2025
5	ORTIMEL COMPACT VANILLE4X125MLHOP	1 bouteille à 8h et 18h, tous les jours	15/01/2025	14/04/2025
6	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 16h, tous les jours	15/11/2024	12/02/2025
7	RESUBIN 2KCAL CR FRAIS BOIS4X200G	1 "1" à 8h, tous les jours	15/11/2024	12/02/2025
8	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 8h et 12h, tous les jours	28/10/2024	19/01/2025
9	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 16h, tous les jours	10/12/2024	06/09/2025
10	RESUBIN 2KCAL CR FRAIS BOIS4X200G	1 "1" à 8h, tous les jours	05/12/2024	26/02/2025
11	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 16h, tous les jours	15/11/2024	12/02/2025
12	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 18h, tous les jours	15/11/2024	12/02/2025
13	ORTIMEL COMPACT MOKA 4X125MLHOP	1 "flacon" à 8h et 18h, tous les jours	12/12/2024	05/03/2025
14	RESUBIN 2KCAL CR CARAMEL 4X200G	1 "1" à 18h, tous les jours	15/11/2024	12/02/2025
15	RESUBIN 2KCAL CR FRAIS BOIS4X200G	1 "1" à 8h, tous les jours	14/05/2024	21/01/2025
16	RESUBIN 2KCAL CR FRAIS BOIS4X200G	1 "1" à 12h, tous les jours	08/11/2024	31/01/2025
17	RESUBIN 2KCAL CR CAPP 4X125G/HOP	1 "1" à 8h et 12h, tous les jours	13/01/2025	06/04/2025
18	VELICAL CONC HP-HC CHOCO 200ML X4	1 "1" à 8h, 12h et 18h, tous les jours	28/10/2024	19/01/2025

Figure 14 : Extrait de la « Procédure d'évaluation et de prise en charge de la dénutrition » (Réf : PRC-MED-002, Version : 2, Date MAJ : 17/05/2022, p.6). En cas de dénutrition, les CNO sont un supplétif de l'enrichissement protéique alimentaire.

Apports alimentaires spontanés	STATUT NUTRITIONNEL		
	NORMAL	DENUTRITION MODEREE	DENUTRITION SEVERE
Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP10	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP20 (=HP10 + CNO)
Diminué mais > à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP10	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP10	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP20
Très diminués, < à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP10	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP10	Conseils diététiques Alimentation enrichie HP20
Réévaluation	❖ Prise du poids 1x/mois ❖ Bilan sanguin 3 mois suivant le dernier reçu		

Figure 15 : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles HAS, avril 2007, p.11

Tableau 2. Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée				
		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 15 jours, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation à 1 semaine
* Réévaluation comportant : - le poids et le statut nutritionnel ; - l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) ; - l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta) ; - la tolérance et l'observance du traitement. CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale				

Ecart 2. : Les documents transmis permettent d'identifier l'existence tracée d'un suivi nutritionnel des résidents à partir de la prise de fonction récente du TéléMedCo. L'analyse détaillée du dernier fichier de suivi nutritionnel du 17/01/2025 montre que, malgré l'intervention du TéléMedCo, le classement des résidents par statut nutritionnel, et le traitement des résidents dénutris sont actuellement lacunaires et imprécis, ce qui est susceptible d'impacter la qualité et la sécurité des prises en charge. Ref : L311-3° CASF⁷.

Remarque 3 : La « Procédure d'évaluation et de prise en charge de la dénutrition » (Réf : PRC-MED-002, Version : 2, Date MAJ : 17/05/2022) ne correspond pas aux recommandations de la HAS. Ref : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles HAS, avril 2007.

C. Plaies et cicatrisation

En matière préventive, l'établissement a communiqué l'inventaire suivant de matériel anti-escarre :

- Matelas anti-escarres : n = 15
- Coussins anti-escarres stade 3/4 : n = 1
- Cousins de positionnement n = 15
- Talonnière anti-escarres : n = 10.

La disponibilité pour chacun des résidents de rails (n = 4), aides techniques (déambulateurs, fauteuils mécaniques et électriques, lève malades et verticalisateurs (n = 10 systématiques + 11 si besoin) mis à disposition des résidents est indiquée en annexe 11.

Les [REDACTED] ont été transmises pour l'intégralité de l'année 2024. Les locations réalisées pour le mois de décembre 2024 sont les suivantes :

- Lit médicalisé 90 cm : 4
- Lit Alzheimer Clina/Repo : 1
- Lit Alzheimer : 3
- Surmatelas : 1
- Compresseur escarre stade ½ : 18
- Matelas air XL stade ¾ : 1
- Coussin air pulsé – risque escarre élevé : 1.

Dans l'extraction [REDACTED] qu'elle a réalisée le 23/01/2025, la mission a retrouvé 12 prescriptions de « matelas à air/renouvelable si nécessaire selon réévaluation clinique et score Braden », toutes identiques et réalisées le 26/11/2024 pour une durée de 1 an.

Un compte rendu de la réunion « plaies et cicatrisation » organisée le 10/01/2025 a été transmis à la mission. Cette réunion a été divisée en 2 temps :

- Une revue de 5 situations cliniques particulières, avec discussion (12h00 à 12h45) et présence du MedCo (présent sur site), de l'IDER, d'une IDE et de 2 AS.

⁷ Article L311-3 du CASF: « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

- Une séance de formation intitulée « « Prise en charge des plaies en EHPAD » assurée par le MedCo avec présences du cadre IDE, de l'IDER, d'une IDE, d'une élève IDE, et de 4 AS (PowerPoint de 16 diapositives).

Figure 16 : Tableau synoptique des soins de la salle de soins IDE, le 16/01/2025.

Figure 17 : Traçabilité de la réalisation d'un pansement chez un résident.

Information	Date	Heure	Signature
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	01/12/2024	11h00	Fait Par infirmière...
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	03/12/2024	11h00	Fait Par infirmière...
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	04/12/2024	11h00	Non nécessaire
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	05/12/2024	11h00	Fait Par infirmière...
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	06/12/2024	11h00	Fait Par infirmière... sérum phy+pst hydr
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	07/12/2024	11h00	Fait Par infirmière...
Pansements escarres / ulcères Ulcière - Face externe, milieu (jambe gauche) (04/06/2023 à 10h30)	09/12/2024	11h00	Fait Par infirmière...

D. Douleur

Des fichiers pdf avec extractions [REDACTED] des relevés de traçabilité de la douleur ont été transmis à la mission pour les mois de septembre, octobre et novembre 2024. Le document correspondant au mois de novembre 2024 (96 pages) a été analysé. Les observations suivantes peuvent être faites :

- De nombreuses évaluations de la douleur sont réalisées et tracées par des agents hôteliers (cf. figures 18 à 20).
- Les évaluations réalisées sont souvent reportées en bloc dans [REDACTED] (cf. horaires de 15h37 à 15h45), à distance de l'horaire prévu pour l'évaluation (8h30, 9h00, 10h00, 11h00, cf. figure 19).

Figure 18 : Extrait des relevés de traçabilité de la douleur pour le mois de novembre 2024.

	Evaluation de la douleur Date prévue : 01/11/2024 à 09h00 Fait ☒ Par Agent hôtelier/ère	
	EN, valeur : 0 Date prévue : 01/11/2024 à 09h00 Fait ☒ Par Infirmier/ère - Mme	
	EN, valeur : 0 , Commentaire : Date prévue : 01/11/2024 à 09h00 Fait ☒ Par Infirmier/ère - Mme	
	EN, valeur : 0 , Commentaire : Date prévue : 01/11/2024 à 09h00 Fait ☒ Par AS - Étudiant/e - M	
	EVA, valeur : 0 Date prévue : 01/11/2024 à 10h00 Fait ☒ Par Agent hôtelier/ère	
	Evaluation de la douleur Date prévue : 01/11/2024 à 10h00 Fait ☒ Par Agent hôtelier/ère	

Figure 19 : Extrait des relevés de traçabilité de la douleur pour le mois de novembre 2024.

	Date prévue : 09/11/2024 à 08h30
	Fait Par Infirmier/ère [redacted] à 15h42
	DOLOPLUS, valeur : 0
	Date prévue : 09/11/2024 à 11h00
	Fait Par Infirmier/ère - [redacted] à 15h37
	EN, valeur : 8 , Commentaire : (EVALUATION DE LA DOULEUR)
	Date prévue : 09/11/2024 à 08h30
	Fait Par Infirmier/ère [redacted] e à 15h39
	EN
	Date prévue : 09/11/2024 à 10h00
	Fait Par Infirmier/ère - [redacted] à 15h39 ; lors des déplacements
	EN, valeur : 0 , Commentaire : (EVALUATION DE LA DOULEUR)
	Date prévue : 09/11/2024 à 08h30
	Fait Par Infirmier/ère [redacted] à 15h37
	EN, valeur : 0 , Commentaire : (EVALUATION DE LA DOULEUR)
	Date prévue : 09/11/2024 à 11h00
	Fait Par Infirmier/ère [redacted] à 15h37
	EN, valeur : 0
	Date prévue : 09/11/2024 à 15h45
	Fait Par AS - Étudiant/e [redacted] à 15h45
	EVA, valeur : 0
	Date prévue : 09/11/2024 à 19h59
	Fait Par Agent hôtelier/ère [redacted] à 19h59
	EN, valeur : 0 , Commentaire : (EVALUATION DE LA DOULEUR)
	Date prévue : 09/11/2024 à 08h30
	Fait Par Infirmier/ère [redacted] e à 15h37
	Evaluation de la douleur
	Date prévue : 09/11/2024 à 09h00
	Fait Par Infirmier/ère [redacted] à 15h44
	EVA, valeur : 0
	Date prévue : 09/11/2024 à 20h00
	Fait Par Agent hôtelier/ère - [redacted] à 20h01

Figure 20 : Copie d'écran faite sur place le 16/01/2025.

Information	Date	Heure	Signature
EVA, valeur : 0	01/01/2025	16h50	✓ Fait Par Agent hôtelier/line-
EVA, valeur : 2	05/01/2025	11h32	✓ Fait Par Agent hôtelier/line-
EVA, valeur : 2 mal de dos	06/01/2025	14h48	✓ Fait Par Agent hôtelier/line-
EVA, valeur : 2 mal de dos	09/01/2025	09h59	✓ Fait Par Agent hôtelier/line- Synchronisé le 09/01/2025 à 10h00
EVA, valeur : 1 mal de dos	10/01/2025	17h20	✓ Fait Par Agent hôtelier/line-
EVA, valeur : 1 mal de dos	14/01/2025	10h07	✓ Fait Par Agent hôtelier/line- Synchronisé le 14/01/2025 à 10h09
EVA, valeur : 1 mal de dos	15/01/2025	13h37	✓ Fait Par Agent hôtelier/line-

Remarque 4 : Il y a une véritable évaluation régulière de la douleur pour l'ensemble des résidents. Cependant l'évaluation de la douleur est fréquemment réalisée et tracée dans **NetSoins™** par des agents hôteliers. Les enregistrements des valeurs observées sur l'échelle de recueil de la douleur sont réalisés de façon différée à distance de l'évaluation.

Un compte-rendu de la réunion « commission sur la douleur » organisée le 27/12/2024 a été transmis à la mission (cf. figure 21). La réunion (16h30 à 17h20) a été pilotée à distance par le TéléMedCo et a été suivie par la cadre IDE et 7 AS. Il s'est plus agi d'une séance d'information que de l'étude de cas individuels posant des problèmes particuliers de prise en charge de la douleur. En effet, au cours de cette réunion, le TéléMedCo a principalement présenté un PowerPoint « L'EVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (hors fin de vie) » de 18 diapositives.

Le 16/01/2025, l'administration d'un traitement antalgique majeur était notée sur le tableau synoptique présent en salle de soins IDE pour un seul résident (patch Durogesic 50™ du 13 au 16/01/2025). Cela correspondait bien au cahier de relevé nominatif d'administration et de gestion du stock de stupéfiants qui se trouvait avec la réserve de produits prescrits pour ce résident dans le coffre dédié de la salle de soins IDE.

Figure 21 : CR de la « commission sur la douleur » organisée le 27/12/2024

Date : 27/12/2024	Lieu : Bureau de direction Restaurant	Durée : Horaire début : 16h30 Horaire fin : 17h20
Animateur / Pilote : DR [REDACTED]		
Intitulé – Thème : COMMISSION SUR LA DOULEUR		
- Présentation de la douleur par DR Faire x type de douleur x traitement x explication des différents effets EN		☒ Réunion ☒ Information ☐ Mini formation ☐ Session Sensibilisation ☐ Remise de document ☐ Analyse de pratiques FEI ☐ Autre (à préciser)
Actions décidées / Conduites à tenir :		Echéances / Responsables :
- Prise en charge de la douleur est une priorité. - Etablir de résidents qui ont des douleurs.		ALGOPLUS

Si les prescriptions individuelles d'antalgiques sont bien réalisées à la demande par le médecin prescripteur, les documents transmis ne permettent pas de conclure que la prise en charge de la douleur fait l'objet d'un pilotage médical et soignant effectif, notamment pour les résidents présentant des symptômes algiques importants, dont ceux relevant des soins palliatifs ou nécessitant des prises en charge de confort en fin de vie.

La procédure « Evaluation et surveillance de la douleur » (Réf : PRC-PARA-004, Version : 1, Date MAJ : 25/04/2023, 5 pages) a été transmise. Il existe une procédure « PRC-MED-011(DG) – Accompagnement en soins palliatifs ».

Remarque 5 : Pour les deux sujets « plaies/cicatrisation » et « douleur », le TéléMedCo a assuré des séances d'information à partir de supports génériques plus qu'une réelle prise en compte de situations individuelles particulières.

Il faut également ajouter deux thématiques, qui n'ont pas été gérées par le TéléMedCo, mais qui l'ont été par le médecin prescripteur.

E. Contentions

Les comptes-rendus de la réunion pluriprofessionnelle sur les contentions du 06/12/2024 et de la « commission chutes et contention » du 10/01/2025 ont été transmis. Ces deux réunions ont été tenues en présence du TéléMedCo.

La réunion du 10/01/2025 fait état de ■ résidents avec contentions, i.e. 2 barrières de lit +/- ceinture pelvienne (n = 4) ou grenouillère (n = 4), cf. figure 22. Les prescriptions « une barrière de lit + lit au plus bas » ne sont pas considérées par la mission comme des contentions.

L'extraction ■ réalisée par la mission le 17/01/2025 fait état de 12 contentions 2 barrières + 4 grenouillères + 3 ceintures abdomino-pelviennes chez ■ résidents (cf. tableau 5).

Les prescriptions ont été réalisées de façon groupées le vendredi 27/12/2024 par le médecin prescripteur, sauf 2, prescrites le 03 et le 08/01/2025.

L'extraction ■ contentions _2025_01_17_14_38_33 » réalisée par la mission le 17/01/2025, qui rassemble l'ensemble des contentions prescrites entre le 01/07/2024 et le 17/01/2025 confirme que les prescriptions sont presque exclusivement réalisées par le médecin prescripteur (sauf ■, prescrits par un autre médecin généraliste traitant qui intervient dans l'EHPAD).

La liste des « matériels de contention » établie par l'ergothérapeute de l'EHPAD le 23/01/2025 a également été transmise (cf. tableau 4).

Remarque 6 : La mission considère qu'il existe un suivi effectif des prescriptions de contentions, que celui-ci est assuré par le médecin prescripteur. Cependant elle n'a pas été destinataire d'éléments traçant l'existence de réunions permettant d'en discuter collégialement de façon interdisciplinaire.

La procédure « Contention » (Réf : PRC-MED-010, Version : 1, Date MAJ : 25/04/2023, 9 pages) a été transmise. Elle prévoit la prescription systématique dans ■ avec indication suivante : « Le type de contention, le motif de prescription, la surveillance, la durée de prescription et le consentement sont à renseigner obligatoirement pour valider l'ordonnance ».

Figure 22 : Liste des contentions, commission chutes et contention du 10/01/2025.

Liste de résidents ayant de contentions

Nom	Prénom	DOCTEUR	BARRIERE	CONTENTION PELVIENNE	GRENOUILLERE	Date de prescription	Remarques			
			2	Oui	Oui	DU 21/01 AU17/02/2025	2 barrières + Lit mis au plus bas			
							Lit mis au plus bas + collé au mur			
			2			DU 21/01 AU17/02/2025	2 barrières + Lit mis au plus bas			
			2	OUI	OUI	DU 21/01 AU17/02/2025				
			2			DU 21/01 AU17/02/2025	2 barrières + Lit mis au plus bas			
			2			DU 21/01 AU17/02/2025	2 barrières + Lit mis au plus bas			
			1		1	DU 21/01 AU17/02/2025	Une barrière à Gauche + Lit mis au plus bas			
			2			DU 21/01 AU17/02/2025	2 barrières + Lit mis au plus bas			
			2			DU 03/01 AU 30/12/2025	2 barrières + Lit mis au plus bas			
			1			DU 03/01 AU 30/01/2025	Une barrière à Gauche + Lit mis au plus bas			
			1			DU 21/01 AU17/02/2025	Une barrière + Lit mis au plus bas			
			2		Oui	DU 21/01 AU17/02/2025	Deux barrières + Lit mis au plus bas			
			1			DU 21/01 AU17/02/2025	Une barrière à Gauche+ Lit mis au plus bas			
			BARRIERE	CONTENTION PELVIENNE	GRENOUILLERE	DATE ORDONNANCE	REMARQUES			
2	Oui		DU 21/01 AU17/02/2025	Deux barrières + Lit mis au plus bas						
2			DU 21/01 AU17/02/2025	Deux barrières + Lit mis au plus bas						
2			DU 21/01 AU17/02/2025							
2			DU 21/01 AU17/02/2025							
				Lit mis au plus bas + collé au mur						
				Lit mis au plus bas						
2			DU 21/01 AU17/02/2025	Deux barrières + lit mis au plus bas						
1			DU 21/01 AU17/02/2025	Une barrière à Gauche + Lit mis au plus bas						
2	OUI		DU 21/01 AU17/02/2025	Deux barrières + lit mis au plus bas						
				Lit au plus bas						

Tableau 4 : Liste des « matériels de contention » établie par l'ergothérapeute de l'EHPAD le 23/01/2025.

Matériel de Contention ACHAT	Quantité (s)	Matériel de Contention LOCATION	Quantité (s)
Coussin ALOVA GALBE 43 X 43 X 6 CM	1	LOCATION COMPRESSEUR-ESCARRE STADE 1/2	11
Coussin ALOVA GALBE 45 X 45 X 6 CM	1	LOCATION COMPRESSEUR STADE 1/2	1
GRENOUILLERE CHOUPYNETT ROND COURT BLEU 38/40	6	LOCATION COUSSIN A AIR PULSE-RISQUE ESCARRE ELEV	1
GRENOUILLERE CHOUPYNETT ROND COURT BLEU 42/44	3	LOCATION FAUTEUIL 1 ACC	4
GRENOUILLERE CHOUPYNETT ROND COURT BLEU 46/48	1	LOCATION FAUTEUIL CONFORT	1
GRENOUILLERE CHOUPYNETT ROND COURT BLEU 50/52	3	LOCATION LEVE PERS. CLINA/REPO	2
MATELAS NOVA FORM 100 CM	38	LOCATION LIT MEDICALISE 120 POUR PERSONNE DE +135	1
MATELAS NOVA FORM 120 CM	1	LOCATION LIT MEDICALISE 90CM	6
CEINTURE ABDO-PELVIENN	10	LOCATION LIT MEDICALISE 90CM, MATELAS NON FOURNIS	1
TOTAL Général	64	LOCATION MATELAS A AIR- ESCARRE STADE 3/4	3
		LOCATION MATELAS A AIR- XL STADE 3/4	2
		LOCATION VERTIC. CLINA/REPO	1
		LOCATION VERTICALISATEUR/JOUR	1

Tableau 5 : Relevé des contentions prescrites, extraction réalisée le 17/01/2025 par la mission.

	Date dernière prescription médicale	Barrière D 20h à 8h	Barrière G 20h à 8h	Grenouillère 20h à 8h	Ceinture abdomino-pelvienne 10h à 20h
1	27/12/2024	1	1	1	1
2	27/12/2024	1	1		
3	08/01/2025			1	1
4	27/12/2024	1	1		
5	27/12/2024	1	1		
6	27/12/2024			1	
7	27/12/2024	1	1		
8	03/01/2025	1	1		
9	27/12/2024	1	1	1	
10	27/12/2024	1	1		1
11	27/12/2024	1	1		
12	27/12/2024	1	1		
13	27/12/2024	1	1		
14	27/12/2024	1	1		

F. Vaccinations

La mission a procédé le 17/01/2025 à l'export via [REDACTED] du fichier « netsoins_export_liste_vaccination_2025_01_17_14_54_00 », qui recense les injections vaccinales réalisées entre le 01/04/2024 et le 17/01/2025. Il s'agit donc d'une population « glissante », certains résidents présents en début de période ne l'étant plus en fin de période.

L'analyse montre que :

- [REDACTED] résidents ont été vaccinés contre le virus Sars-CoV-2 entre le 07/06 et le 10/07/2024, avec injections chez deux autres résidents les 26/04 et 16/08/2024. Des résidents ont refusé cette vaccination.
- [REDACTED] résidents ont été vaccinés entre le 28/10 et le 09/11 contre la grippe, avec injections chez deux autres résidents les 12 et 23/12/2024. Aucun résident n'a refusé cette vaccination.

La mission considère que les vaccinations sont suivies.

6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;

La mission a extrait le 16/01/2024 à partir de [REDACTED] le fichier pdf « evaluations_20250116_163936 » (48 pages), où sont consignées l'ensemble des évaluations gériatriques réalisées pour les résidents présents. Elle s'est plus particulièrement intéressée aux évaluations réalisées pour les résidents admis le plus récemment, entre les mois de septembre et de décembre 2024 (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Liste des évaluation gériatriques réalisées pour les résidents admis entre septembre et décembre 2024. Source : extraction le 16/01/2024 à partir de [REDACTED] du fichier pdf « evaluations_20250116_163936 »

	Ch	Mois admission	Braden	Tinetti	MMSE 2011	AGGIR	EN	RUD (risque suicidaire)	Mini GDS	Algoplus
1	[REDACTED]	[REDACTED]	13/01/2025	13/01/2025	06/12/2024	26/11/2024	20/11/2024			
2	[REDACTED]	[REDACTED]	13/01/2025	13/01/2025	02/01/2025					
3	[REDACTED]	[REDACTED]	13/01/2025	13/01/2025		29/11/2024				
4	[REDACTED]	[REDACTED]	13/01/2025	13/01/2025	03/01/2025			03/01/2025	03/01/2025	
5	[REDACTED]	[REDACTED]	13/01/2025	13/01/2025						
6	[REDACTED]	[REDACTED]		18/12/2024	07/01/2025	29/11/2024		07/01/2025	07/01/2025	23/12/2024
7	[REDACTED]	[REDACTED]	26/11/2024	13/01/2025						

La mission fait les constats suivants :

- Certaines évaluations gériatriques sont réalisées quasi systématiquement dans les 3 mois après l'admission, ce qui est conforme à la procédure d'admission (cf. figure 23).
- Il existe une adaptation des évaluations réalisées par rapport au tableau clinique et aux risques identifiés.
- Ni le TéléMedCo ni le médecin prescripteur ne coordonnent les évaluations gériatriques.
- Des observations réalisées par les kinésithérapeutes figurent dans les dossiers de soins.

Remarque 7 : Ni le TéléMedCo ni le médecin prescripteur ne coordonnent les évaluations gériatriques qui sont pourtant réalisées.

Les synthèses médicales éditables rassemblent de nombreuses informations concernant les résidents, y compris l'ensemble des évaluations réalisées, avec résultat (souvent index chiffré) et date de réalisation. Ces synthèses sont constituées par agrégation d'informations variées de sources multiples (cf. figure 24). Les synthèses médicales peuvent tenir lieu de DLU.

Figure 23 : Extrait de la procédure d'admission des résidents.

 <i>Voisins-le-Bretonneux</i>	Accueil et admission d'un résident	Réf : PRC-ACC-001 Version : 1 Date MAJ : 17/05/2022 Page : 4 / 4
• Le psychomotricien rencontre le nouveau résident, planifie un bilan et établit un projet de prise en charge, si besoin. • La psychologue rencontre le nouveau résident, programme une évaluation de la mémoire par MMSE si besoin + une évaluation de l'humeur par mini-GDS et décide de la modalité de la prise en charge adaptée. • L'ergothérapeute rencontre le nouveau résident, effectue un bilan et programme la prise en charge adaptée. • A chaque renouvellement d'ordonnance de la prise en charge en rééducation, le kinésithérapeute rédige : une Feuille de synthèse du bilan-diagnostique kinésithérapique. Il informe l'équipe soignante de l'évolution de la prise en charge et des objectifs à atteindre. Il veille à archiver une copie de la fiche de synthèse du bilan-diagnostique kinésithérapique dans le dossier médical du résident détenu à l'infirmerie ou dans le dossier informatisé. • Les soignants partagent les informations importantes sur la prise en charge en réunions de transmissions ou discutent des difficultés rencontrées en réunions pluridisciplinaires. • L'animatrice rencontre le résident, recueille ses attentes et l'inclut dans les groupes d'activités adaptées.		
Une réunion pluridisciplinaire de Bilan d'intégration est organisée après quelques semaines avec le résident, son représentant légal et ses proches (avec son accord) pour analyser la qualité de la réponse apportée par l'équipe, aux besoins de la personne âgée, les modalités de l'adaptation de la personne à la vie de l'établissement et élaborer des objectifs pour les mois à venir, dans le cadre d'un Projet personnalisé.		

Figure 24 : Extrait de la synthèse médicale

Pathologies résolues Antécédents médicaux 01/01/2008 - AVC Ischémique sylvien - passé (Hors de l'établissement) 14/10/2018 - Fracture de l'extrémité inférieure du radius - fin le 12/11/2018 (Dans l'établissement) Luxation de l'articulation de l'épaule Gauche - passé (Hors de l'établissement) ♂ 01/10/2017 - Pneumothorax - passé (Hors de l'établissement) Pyélonéphrite aiguë - passé (Hors de l'établissement) Antécédents chirurgicaux 01/01/2006 - Cure de prolapsus vésical TVT incontinence d'effort - passé (Hors de l'établissement) 01/09/2008 - Pace-maker - passé (Hors de l'établissement) Révolue sans type d'antécédent renseigné 01/10/2017 - PTH Droite ; (Handicap associé) ; (Handicap moteur) - passé Affection de longue durée (ALD) Infarctus coronaire 18/12/2018 Allergies 🚫 Pas d'allergie connue Risques Alimentation - Déshydratation 26/08/2024 Alimentation - Fausse route notion A surveiller 11/12/2023 Cognitif - Sortie inopinée risque de fugue 29/04/2022 Cognitif - Troubles du comportement risque de fugue 29/04/2022 Médical - Épilepsie 30/12/2022 Médical - Escarres 26/11/2024 Motricité - Chute 13/12/2018	Autres informations Groupe sanguin Inconnu Dernière hospitalisation le 11/05/2024 Hôpital André Mignot Adresse : 177, Rue de Versailles, 78150 LE CHESNAY Fixe : 01.39.63.91.33 Dépendances 🦿 Mobilité réduite - 🦿 Porte un pacemaker - 🦿 Aide à la prise du traitement - 🦿 Risque hémorragique - 🦿 Risque de sortie inopinée - 🦿 Désorientation - 🦿 Trouble de la déglutition - 🦿 Risque de chute - 🦿 Allergie / Interdit - 🦿 Risque d'épilepsie 🦿 Pacemaker 🟢oui Dernier contrôle : 20/08/2018 Consentements Soin - 🦿 Non renseigné - Recueilli par - le 09/04/2019 à 21h58 Hospitalisation - 🦿 Non renseigné - Recueilli par - le 09/04/2019 à 21h58 Vaccins Grippe (VAXELIS SER IM SER+1AIG 0,5ML 1) fait par : Infirmier/ère - h 28/10/2024 à renouveler à partir du 28/10/2025 Lot n° Y3D133V Covid-19 - Rappel (COVID19 COMIRNATY XBB 30MCG 1FL 6D) 10/07/2024 à renouveler à partir du 10/07/2025 Lot n° H44040 (Prise en charge 100%) Covid-19 - Rappel (COVID 19 VAC COMIRNATY 1FL 6DOSE) 02/01/2024 renouvelé le 10/07/2024 Lot n° H63106 Grippe (VAXIGRIPTETRA HS SER 0,5ML 1) fait par : Cadre de santé - h 28/12/2022 renouvelé le 28/10/2024 POST Hospitalisation et après l'accord de son MT Lot n° W3F031M Covid-19 (COVID 19 VAC MODERNA BI INJ 1FL5DO) 12/05/2022 Lot n° INCONNU 4ème injection	Autres informations Évaluations 22/08/2024 à 15h47, AGGIR : GIR 2 (11/03/2024 à 10h14, ALGOPLUS : 1 (09/07/2024 à 10h35, Bilan Kiné : - (p 01/04/2023 à 09h54, Braden : 15 (pa 26/11/2024 à 17h15, Braden : 11 (pa 04/09/2024 à 19h06, EN : 1 (par M 10/12/2024 à 12h02, ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE RUD : Non évaluable 10/12/2024 à 12h05, GDS-15 : Non évaluable (par 13/12/2018 à 10h28, IADL-E simplifié : 4 items : 4 (13/12/2018 à 10h27, IADL (Lawton) : 14 (par M 22/02/2024 à 10h08, MMSE 2011 : Non évaluable (10/10/2024 à 16h13, NPI-ES : 40 (par M 11/07/2023 à 11h49, PATHOS : 144 (par 13/01/2025 à 16h21, Tinetti : Non évalua Nutrition Préconisations Régime Hyperprotéiné Texture Normal - 11/12/2023 tendre (aider à couper la viande...) Mode alimentation Normal - commence le 18/12/2018 Prise du repas Surveillance Hydratation Hydratation Type Boisson plate
---	---	--

7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique :

Les prescriptions sont toutes enregistrées dans [redacted] Le médecin prescripteur prescrit directement dans [redacted]
Un bilan automatisé figure dans le tableau de pilotage [redacted] (cf. tableau 7).

11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télé médecine ;

Pas d'activité du TéléméCo dans ce domaine, qui lui échappe du fait de son absence d'ancrage local.

Des conventions sont en place ; elles sont étudiées dans un autre chapitre du présent rapport.

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 ;

Pas d'activité du TéléméCo dans ce domaine, qui lui échappe du fait de son activité à distance.

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.

Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription.

Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Pas d'activité du TéléméCo dans ce domaine, qui lui échappe du fait de son activité à distance.

C'est le médecin prescripteur qui est actif dans ce domaine.

Des prescriptions sont également réalisées dans [REDACTED] par les médecins traitants des résidents.

Les médecins traitants sont sollicités et informés par l'IDR de façon tracée dans [REDACTED]

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.

Ce point est relié aux prescriptions de contention, cf. supra, qui sont quasi intégralement à la charge du médecin prescripteur, cf. supra.

commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;... »

Synthèse des constats relatifs à l'injonction :

Le TéléMedCo assure depuis sa prise de fonction le 29/11/2024 des missions palliatives transitoires effectives (cf. annexe 12 : journal de connexion à [REDACTED] du TéléMedCo et du médecin prescripteur 01/12/2024 au 19/01/2025).

La mission comprend que son rôle consiste, après une longue période d'absence de coordination médicale, à mobiliser les équipes sur plusieurs thématiques essentielles pour la qualité des prises en charge des résidents (nutrition, douleur, chutes, plaies et pansement) et à préparer la venue dans de bonnes conditions du MedCo qui doit prendre ses fonctions fin janvier 2025.

Ecart 4. : Le 16/01/2025, les missions de coordination médicale ne sont pas assurées pour les points suivants mentionnés à l'art D312-158 du CASF, mais le médecin prescripteur supplée en tout ou partie pour certaines d'entre elles, indiquées ci-après :

- 1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.
- 3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an. Suppléance par le médecin prescripteur.
- 4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. Suppléance par le médecin prescripteur.
- 6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;
- 7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique. Suppléance par le médecin prescripteur.
- 10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ; Absence de RAMA 2023, pas de rattrapage.
- 11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine ;
- 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 ; Suppléance par le médecin prescripteur.
- 13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement. Suppléance par le médecin prescripteur.
- 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. Suppléance par le médecin prescripteur.

1.2. Gouvernance - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables (1.5)

1.2.1. Injonctions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

LD1/2022	Inj	2	1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5	15	A	Déclarer systématiquement aux autorités administratives la totalité des dysfonctionnements et événements graves susceptibles d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers. S'assurer que l'analyse des événements indésirables est réalisée dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Intégrer dans la procédure de signalement et gestion des EI le traitement des réclamations des familles.	La promotion et le signalement des événements indésirables se poursuit au sein de l'établissement depuis l'arrivée de la nouvelle équipe de Direction, qui a été formée spécifiquement aux outils et démarche qualité, gestion des risques par la responsable qualité réseau REPOTEL lors de 2 réunions organisées les 17 novembre et 20 décembre 2022. 1 EIG déclaré en 2022. Les objectifs 2023 ont été déclinés et validés par les membres du COPIL et fixent sur le pilier « gestion des risques » des objectifs chiffrés de signalements internes, de RETEX, d'analyses de cause et de remontées d'EIG aux autorités de tutelle afin de promouvoir les déclarations montantes. A ce jour, 2 incidents signalés en 2023 ont fait l'objet d'une remontée sur la plateforme de signalement de . La sensibilisation doit se poursuivre au quotidien par le membre du COPIL ; l'analyse des fiches de signalement interne et les retours d'expérience sont programmés trimestriellement, lors des réunions plénières du Comité de Pilotage Qualité. Toutes les procédures de signalement des EI, de déclaration montante des EIG et de traitement des plaintes et réclamations ont été formalisées et diffusées sur la plateforme Qualité . La nouvelle fiche de signalement des réclamations et suggestions des familles sera présentée dans le cadre du prochain CVS (2 mai 2023)	Réponse insuffisante. A transmettre : Analyse des fiches de signalement et retours d'expérience depuis le 1er janvier 2023 Procédure de signalement des EIG précisant l'obligation de déclarer aux autorités de contrôle et tarification : o PA-PH. /profil Nouvelle fiche de signalement des réclamations des familles Compte-rendu du CVS du 2 mai 2023	INJONCTION 2 MAINTENUE Immédiat
----------	-----	---	--	-----	----	---	---	--	--	---

Les réponses ont été apportées au point 2.5

1.3. Fonctions support-Gestion des RH (2.1)

1.3.1. Injonctions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Inj	3	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	2.1	21	A	L'établissement doit recourir à du personnel AS et AES diplômé, afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers. Il ne doit pas affecter aux soins, des personnels de jour non qualifiés. Les fiches de postes des agents de service hospitalier (ASH) ne doivent comprendre que des tâches correspondant à leur formation et à leur fonction, à l'exclusion des activités relatives à la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents assurées par les AS et les AES. Inscrire tous les auxiliaires affectés dans les équipes soignantes dans un parcours de qualification (VAE, formation qualifiante...) aux diplômes d'AS ou d'AES. Transmettre tout document justifiant de ces démarches.	Nous faisons de notre possible pour recruter du personnel diplômé. Nous avons en permanence une annonce sur les [REDACTED]. Nous avons revu notre organisation afin d'assurer la présence quotidienne de personnel soignant diplômé sur chacun de nos étages. Cette organisation sera effective à la fin du mois de juillet, dès obtention du diplôme d'ASD [REDACTED]. Nous vous communiquons le planning du mois d'août. Nous favorisons les parcours de qualification de notre personnel dans la mesure du possible. Nous leur proposons chaque année un accompagnement. Nous avons inscrit 3 salariés au parcours VAE en 2024. Nous avons également accompagné une salariée à la formation d'AS via l'école ; elle sera diplômée cet été. Afin de tracer cet accompagnement, nous avons envoyé le 9 juillet un courrier à chaque auxiliaire afin de leur proposer un parcours de qualification en vue de l'obtention du diplôme d'AS ou AES (voir exemples de courrier).	Le planning du mois d'août transmis ne permet pas à la mission, de s'assurer de la présence quotidienne de personnel soignant diplômé à chaque étage. Elle prend note de l'inscription (VAE ; formation d'AS) et de l'accompagnement proposé en vue de l'inscription d'auxiliaires dans un parcours de qualification. La mission souligne que l'état de levée des réserves au 10 janvier 2024, de l'inspection de novembre 2022, concluait à un déficit de personnel qualifié [REDACTED]	II. de l'article D312-155-0 du CASF L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Article L.312-1 II 4 du CASF D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) Référence fiche ROME J1301 ASH	Injonction maintenue, dans l'attente de la communication : des fiches de postes revues des ASH ; des diplômes des personnels AS et AES qualifiés en poste ([REDACTED]) ; du planning jour/nuit légendé (nom et qualité) des mois en cours et à venir permettant de s'assurer de la présence quotidienne de personnel diplômé à chaque étage. Délai : 2 mois
----------	-----	---	--	-----	----	---	--	---	---	--	---

LD2/2024	Inj	4	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	2.1	21	A	L'établissement doit stabiliser les effectifs soignants tant par le recrutement en CDI sur les postes vacants que par l'accompagnement des personnels non qualifiés affectés aux soins vers des formations qualifiantes. Le taux d'encadrement en soins et en dépendance doit être conforme aux objectifs du CPOM. Une attention particulière doit également être portée sur : -- la complétude des dossiers du personnel, - l'organisation de l'analyse de pratique, - la mise en place d'un tutorat systématique pour les personnels nouvellement recrutés, y compris en CDD. Transmettre tout document justifiant de ces démarches	Comme indiqué sur votre rapport en page 37, notre taux d'encadrement en dépendance est conforme à notre CPOM car nous respectons le taux minimal d'AS/AES de [REDACTED]. Concernant notre taux d'encadrement soins, nous avons à ce jour [REDACTED] inscrits sur notre organigramme : [REDACTED] IDEC, [REDACTED] IDER, et [REDACTED] IDE. Par conséquent, nous respectons la cible minimale de [REDACTED] ETP. Concernant notre taux d'encadrement soins, nous avons à ce jour [REDACTED] inscrits sur notre organigramme : un IDEC, une IDER, et 4 IDE. Par conséquent, nous respectons la cible minimale de [REDACTED] ETP. Il est indiqué sur le rapport en page 37 que nous avons 3 ETP d'IDE en janvier 2024. Il manque à ce chiffre les contrats d'intérim. (Cf. Factures ci jointes). Nous rencontrons des difficultés de recrutement sur les postes IDE mais nous cherchons toujours à remplacer les postes vacants, que ce soit par des CDD ou, à défaut, par de l'intérim. Nous subissons ces tensions RH, l'intérim étant plus onéreux et moins qualitatif que les CDI. En 2024, nous avons réduit l'intérim et avons recruté 2 IDE en CDD (cf. Contrats ci-joints). Nous sommes également en cours de contractualisation d'un CDI avec une de nos aides-soignantes qui obtiendra son diplôme d'IDE en juillet 2024 (voir avenant signé). Nous avons pris note de ces éléments repris dans la remarque 13 et l'écart 13. Nous sommes en cours de vérification de la complétude des dossiers du personnel. Concernant le casier judiciaire (B3) selon la position de la CNIL, en cas de vérification du B3, « l'employeur ne peut pas en conserver une copie ni permettre que ces données fassent l'objet d'un traitement spécifique. La mention des vérifications des casiers effectuées dans le fichier de gestion du personnel sous la forme "oui/non" est suffisante [REDACTED]	La mission relève que l'établissement œuvre à stabiliser ses effectifs soignants (recrutement en CDI, mais aussi en CDD) et via l'accompagnement de personnels non qualifiés. Le rapport d'inspection (page 37) mentionne que le taux d'encadrement en soins et en dépendance n'est pas conforme aux objectifs du CPOM. Ainsi, l'EHPAD doit disposer de [REDACTED] ETP d'AS/AES en CDI et [REDACTED] ETP d'IDEC/IDE en CDI. L'analyse des fiches de paie de janvier 2024 fait état que [REDACTED] ETP AS/AES et [REDACTED] ETP IDEC/IDE sont en CDI. La mission rappelle à l'organisme gestionnaire de veiller à la conformité du taux d'encadrement en soins et en dépendance, aux objectifs du CPOM. L'établissement n'apporte pas de réponse quant à la mise en place de groupe d'analyse des pratiques. Une gestion de l'accueil des collaborateurs (stagiaires et salariés) a été mise en place en mai 2024.	Articles L311-3 1° et 3° du CASF L.451-1 du CASF L.4391-1 du CSP Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS	Injonction maintenue, dans l'attente de : la transmission des justificatifs de recrutement des IDE AS et AES en CDI et CDD diplômes, inscription à l'Ordre des infirmiers, fiches de paie), copie du registre du personnel à date, de justificatif de démarche engagée en vue de l'organisation de l'analyse des pratiques, des modalités de tutorat des personnels en CDI et de prise de poste de personnel soignant en CDD court ou en intérim. Délai : 2 mois
----------	-----	---	--	-----	----	---	--	---	--	--	--

							██████████. Comme suite à la décision du CODIR, nous avons mis en place un tutorat depuis le mois de mai 2024. Les personnes référentes accompagnent les nouveaux salariés au moment de la prise de poste : visite établissement, présentation de l'équipe, présentation des missions et attendus sur le poste occupé.		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

1.3.2. *Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024*

L'établissement a adressé les plannings légendés des mois d'octobre, novembre et décembre 2024 ; le courrier d'accompagnement à la formation diplômante d'une aide-soignante ; les diplômes des aides-soignants (au nombre de 9) ainsi que les fiches de fonction ASH revues avec en filigrane « brouillon ». A été supprimée la phrase « l'ASH participe partiellement, avec l'aide-soignante, aux soins d'hygiène, au déplacement des résidents à mobilité réduite et au brancardage ». L'établissement précise que lors de la prochaine signature du contrat de travail d'un ASH, le filigrane disparaîtra.

1.3.3. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Sur la nécessité de recruter des personnels qualifiés, la mission a réalisé une analyse des plannings pour s'assurer du bon nombre de personnels qualifiés.

Celle-ci s'est avérée particulièrement difficile pour plusieurs raisons :

- Le planning ne permet pas de vérifier rapidement et facilement que chaque aile dispose en tout temps (jour/nuit) des personnels requis par la réglementation, et notamment d'une équipe pluridisciplinaire. En effet, le planning est fait à l'échelle de l'établissement, et non pas par étage ou par aile. Ce fonctionnement peut tenir dès lors que seuls 2 étages sont utilisés pour l'activité, mais ne pourra en aucun cas être maintenu avec l'ouverture de l'extension située sur 2 étages et comprenant une unité parkinson. En effet, les plannings doivent permettre de vérifier facilement et en tout temps que chaque aile/étage dispose du bon nombre de professionnel et d'une équipe pluridisciplinaire.
- Un seul et même agent peut émarginer sur plusieurs lignes du planning, ce qui peut être source d'erreur et induire des non-respects des temps de travail et des incomplétudes dans le planning. En effet, dans le planning nominatif transmis par l'établissement le 16 janvier 2025, on constate plusieurs lignes représentant les mêmes professionnels en exercice le jour de la mission (ex. la mission constate l'inscription de 4 AS nuit titulaires et 2 CDD, mais une des CDD est inscrite sur 3 lignes différentes, ce qui peut prêter à confusion dans l'élaboration des plannings. De même, l'agent d'entretien a son nom sur 3 lignes différentes du planning). Il est compliqué, à la lecture, de s'assurer que le même agent n'est bien comptabilisé qu'une seule fois et n'est pas prévu deux fois pour le même horaire. A noter que la mission n'a pas constaté dans le planning transmis la présence du même agent deux fois au même moment.

Également, pour un seul et même poste, plusieurs personnes peuvent être mentionnées. Ainsi, sur les plannings d'IDE, pour le poste IDE 1, le planning compte 4 lignes : 1 ligne nominative pour la titulaire (IDE 1 ■■■■), 1 deuxième ligne pour sa remplaçante en CDD (IDE 1 ■■■■), 1 troisième ligne avec une deuxième remplaçante en CDD (VAR/IDE1 ■■■■ en CDD) et une 4^e ligne pour une intérimaire de remplacement, non désignée nominativement (VAR/IDE1 MEDELSE INTERIM). Cette problématique de démultiplication de ligne s'ajoute à la problématique susmentionnée de deux lignes existantes pour un même agent puisque les IDE désignés comme IDE 1 ■■■■ en CDD et VAR/IDE1 ■■■■ en CDD sont également retrouvés dans le planning sous la désignation IDE 2 ■■■■ en CDD et VAR/IDE2 ■■■■ en CDD.

La mission note qu'à part IDE 3, les 4 postes d'IDE sont soit remplacés par des CDD ou un intérim, IDE 2 n'ayant même pas de titulaire nommé.

- Tous les agents ne sont pas désignés nominativement. Ainsi pour le planning des AS, la mission constate que :
 - o AS1 qui travaille et était présente selon le planning le jour de la visite n'est pas désignée nominativement ;
 - o AS 2 recoupe 2 lignes et 2 personnes différentes :
 - La titulaire n'est pas nommée et semble être en AT ;
 - La remplaçante est désignée nominativement.
 - o Le jour de la visite, le planning indique que 7 AS travaillent de jour les AS 1, 2, 3, 5, 6, 7 et 8
 - AS 2 et AS5 sont des remplaçantes en CDD ;
 - Les AS 1, 3, 6, 7 et 8 sont titulaires mais seules les AS 7 et 8 sont désignées nominativement dans le planning.

Ecart 5. : Les plannings sont difficilement compréhensibles (même agent émergeant sur plusieurs lignes ; mention de plusieurs agents sur un seul et même poste ; agents non désignés nominativement), non uniformes en termes de contenu, ne permettant pas de s'assurer de la présence au quotidien du personnel qualifié requis pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Ce constat contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1° du CASF.⁹

En outre, en croisant les plannings avec les diplômes transmis par l'établissement (en indiquant pour chacun à quelle n° d'AS ils correspondent), la mission a pu constater que :

- Le diplôme de l'AS2 ne correspond pas au nom de l'AS2 présente le jour de la visite. En effet, l'AS 2 du planning est [REDACTED] et le diplôme est au nom de [REDACTED] ;
- Les diplômes des AS 2, 3 ne sont pas des diplômes d'ASDE mais des diplômes d'AMP ;
- Les diplômes des AS 7 et 8 sont les seuls à être des diplômes d'ASDE ;
- L'AS5 n'a pas de diplôme mais juste une attestation indiquant que sa demande de VAE en ASDE est recevable. Elle ne peut donc être considérée ni comme ASDE, ni même comme étant en cours de VAE ;
- Aucun diplôme n'a été fourni pour les AS6 et 1, par ailleurs les pièces d'identités transmises sont illisibles ;
- Sur 7 agents désignés comme ASDE :
 - Seuls 2 sont diplômés ASDE ;
 - 2 sont remplacés par un CDD (une dont l'absence n'est pas expliquée dans le planning et l'autre est absente pour AT) ;
- Le recoupement des diplômes et papiers d'identité transmis par l'établissement à la mission et l'analyse des plannings ne permet pas d'affecter une ligne de planning (ex : AS 1) à chaque diplôme transmis. Ainsi, certains diplômes n'appartiennent à aucun agent mentionné sur le planning et d'autres sont affectés à plusieurs lignes du planning ([REDACTED] semble être sur 2 lignes différentes, et l'AS12 et l'AS6 semblent être le même agent).

En conséquence, l'établissement place sur ses plannings en tant qu'ASDE des personnes n'ayant pas les qualifications pour occuper ces postes, ce qui vient fausser l'analyse du planning et ne rend pas possible la vérification sur la correcte pluridisciplinarité des équipes.

Ecart 6. : L'établissement affecte à la prise en charge en soins des résidents, des professionnels (AMP, voire du personnel non qualifié- ASH) [REDACTED]. L'établissement n'est donc pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient à l'obligation énoncée aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF¹⁰. De plus, ces personnes non qualifiées pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal de la profession d'AS. Articles D.451-88 du CASF ¹¹et L.4391-1 du CSP.¹²

⁹ Article L.311-3 1° du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... »

¹⁰ Article L.311-3 1° et 3° du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;... »

¹¹ Article D.451-88 du CASF : « Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social atteste des compétences nécessaires pour réaliser des interventions sociales au quotidien, visant à accompagner les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, quelles qu'en soient l'origine ou la nature. »

¹² Article L.4391-1 du CSP : « Peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'Etat d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant. »

Outre les difficultés de lecture des plannings, la mission a pu constater également des problèmes structurels dans l'élaboration des plannings :

- La mission constate que pour les AS de nuit titulaires, le calcul des heures est fait du lundi au dimanche et ne permet pas de s'assurer que sur des jours glissants (à cheval sur 2 semaines), le temps de travail des professionnels ne dépasse pas les 48h conformément à la réglementation. Ainsi, l'analyse des jours travaillés par les titulaires montrent que systématiquement ces dernières respectent bien les 48h maximum travaillées du lundi au dimanche mais que du vendredi au vendredi, leur temps de travail est de 60h sur 7 jours glissants.

Sachant que pour réaliser la couverture de 7 nuits par semaine avec 2 agents, cela signifie 2x 84h soit 168h de travail.

Avec 4 agents travaillant cela fait une moyenne de 42h de travail par agent et par semaine soit bien au-delà des 35h légales. La réglementation prévoit une possibilité de travailler jusqu'à 48h par semaine de manière exceptionnelle mais avec une moyenne de 42h par semaine, ce temps est régulièrement dépassé.

Cette problématique se retrouve également sur certaines AS de jour.

Remarque 8 : La mission relève que le temps de travail hebdomadaire de certains professionnels (AS de nuit titulaires ; AS de jour) ne respecte pas la réglementation et que les agents travaillant en 12h00 ne bénéficient pas systématiquement de trois jours de repos après deux jours de travail, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents.

- Concernant les IDE, la mission constate que :
 - o Le planning indique que sur 6 jours au cours du mois de janvier, 1 seule IDE était prévue au planning, au lieu de 2
 - o Le planning indique que le 28/01, 3 IDE étaient prévues au planning, au lieu de 2
 - o Le planning de l'IDEC est noté avec des 0 au lieu des codes en vigueur, alors que même les professionnels au forfait comme les cadres, ont, à défaut d'un nombre d'heures, la mention T chaque jour travaillé pour indiquer la présence. Il n'est donc pas possible de savoir quand l'IDEC est présent ou absent.
 - o Le planning ne prévoit ni la présence de l'IDE référente, ni celle de l'IDEC les WE. Aucun roulement entre ces deux postes n'est donc prévu sur ces périodes.
- Le planning montre que le cuisinier en poste n'est pas présent tous les jours et est en binôme avec un aide-cuisinier qui semble prendre son rôle en son absence.
- Sur le médecin coordonnateur, dont le poste est vacant, la mission constate que les plannings font état de sa présence tout au long du mois de janvier à raison de [REDACTED], dont le jour de la visite de la mission. Or, aucun médecin coordonnateur n'était physiquement présent au sein de l'établissement. L'établissement a transmis un contrat passé avec la [REDACTED] qui indique dans son article 1 que l'objet dudit contrat est l'intervention d'un médecin télécoordonnateur ayant pour objet de piloter la médicalisation de l'établissement et ses différents acteurs via la réalisation à distance de tout ou partie des 14 missions dévolues au médecin coordonnateur, en l'absence d'un médecin coordonnateur. Ce contrat ne prévoit pas de jour en présentiel, contrairement à ce que semblent indiquer les plannings, et contrairement aux recommandations de l'ARS Ile-de-France en matière de télécoordination.

- Concernant la direction, la mission note l'absence de la directrice sur les plannings, il est donc impossible pour les équipes de savoir si elle travaille ou si elle est absente pour quelconque motif (congé, arrêt, etc...).

Remarque 9 : Les plannings étudiés ne permettent pas d'avoir une connaissance de la présence quotidienne des professionnels de l'EHPAD (absence de la directrice ; présence du médecin-coordonnateur alors que poste vacant ; sous-effectif ou sureffectif certains jours sur des postes d'IDE).

- La mission constate également une confusion entre les diplômes AES et ASDE tant dans l'élaboration des plannings, que dans le recrutement des professionnels. Ainsi lors des entretiens, les personnes interrogées ont indiqué avoir bien pris conscience de la différence entre ASH et ASDE, mais ont systématiquement confondu les AMP/AES avec les ASDE tant au niveau des titres et qualifications que des missions. Cette confusion est parfaitement illustrée dans l'ensemble des actions de l'établissement (recrutements, dossiers du personnel, badges, planning, présentation des personnels).

A noter que cette confusion peut être délétère en ce qui concerne les AS de nuit. En effet, une des dites ASDE de nuit CDD, présentée à la mission et dans les plannings comme ASDE, ne possède en réalité qu'un diplôme d'AMP. Cette professionnelle, intervenant ponctuellement dans l'établissement, seule à son étage et pouvant avoir à réaliser des actes relevant exclusivement des compétences d'une ASDE, ne possède pas les qualifications requises.

Ecart 7 : L'établissement affecte du personnel AMP aux soins des résidents pendant la nuit. Cette situation présente un risque pour la sécurité et la qualité de la prise en charge, ce qui contrevient aux articles L.311-3, 1° et L.311-3, 3° du CASF.¹³

Ainsi, bien que la direction ait indiqué lors de la visite que les six professionnels de jour, n'ayant pas le diplôme requis étaient inscrits pour aller en formation validante ASDE, ces formations ne semblent avoir été prévues que pour les professionnels dites ASH, sans prévoir une distinction des tâches entre les AMP/AES et les ASDE. Également, la direction continue de présenter les agents qui ne peuvent prétendre qu'au poste d'ASH, comme étant des ASDE.

Remarque 10 : La mission rappelle à la direction que les missions des AMP/AES ne sont pas identiques à celles des AS.

Remarque 11 : La mission rappelle à la direction que les ASH, n'étant pas des soignants et sauf VAE ou formation diplômante en cours (AS), ne peuvent participer à la prise en charge en soins des résidents.

Concernant la stabilisation des équipes, l'établissement a fourni des efforts pour fidéliser les équipes, notamment en finançant les formations validantes de plusieurs personnels et en mettant en place des mesures d'accueil des nouveaux arrivants comme recommandé par les missions précédentes.

¹³ Article L.311-3 1° et 3° du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;... »

Ainsi, l'établissement a mis en place un tutorat systématique pour les personnels nouvellement recrutés, y compris en CDD. La directrice, ainsi que plusieurs personnels, ont indiqué qu'il avait été mis en place depuis décembre 2024 un processus d'accompagnement des nouveaux arrivants avec : check-list des procédures et documents à connaître, binôme avec un autre professionnel plus ancien, organisation d'un café selon les nouvelles arrivées (1 fois par mois jusqu'à présent) où la directrice de l'établissement fait le tour des professionnels et refait le point avec eux sur leurs besoins et la bonne compréhension des procédures. Ces mesures semblent être appréciées de l'ensemble des personnels rencontrés.

La direction a également indiqué, bientôt arrêter l'utilisation de [REDACTED] pour le recrutement d'IDE vacataires, suite à plusieurs recrutements d'IDE. Il ne resterait plus qu'un seul poste d'IDE vacant.

Toutefois, l'analyse des plannings fait apparaître deux problématiques majeures pouvant affecter la fidélisation :

- Un nombre conséquent de personnes arrêtées en raison d'un accident du travail : [REDACTED] AT pour [REDACTED] postes soit [REDACTED] des effectifs sur l'ensemble des postes ;
- Un problème de retards et d'absences inopinées chez les AS de jour : sur la moitié du mois de janvier, sont constatés plus de [REDACTED] retards, répartis sur [REDACTED] personnes, et [REDACTED] absences inopinées. Les retards sont d'autant plus préoccupants que les plannings ne montrent pas d'horaires supplémentaires chez les AS de nuit, ce qui peut suggérer que les résidents se retrouvent parfois sans aucun AS entre le moment où l'AS de nuit termine son service et le moment où l'AS en retard prend son poste. Ce problème ne semble pas se retrouver sur les autres fonctions.

Remarque 12 : La mission attire l'attention de la direction sur le nombre d'accidents de travail ainsi que sur les retards et les absences inopinées chez les aides-soignants de jour ; ces derniers pouvant impacter la prise en charge des résidents.

Il est rappelé à la direction, que le taux d'encadrement en soins et en dépendance doit être conforme aux objectifs du CPOM, tout en notant que celui afférent aux EHPAD du groupe CLINALLIANCE-REPOTEL est arrivé à échéance le 31 décembre 2024.

Concernant la complétude des dossiers administratifs du personnel, la mission a demandé à consulter sur place 10 dossiers.

Pour le dossier de l'IDE vacataire [REDACTED], le dossier n'a pas été transmis, la direction indiquant ne pas avoir de dossier puisqu'elle a eu recours à l'application [REDACTED]. La mission note que l'établissement ne procède pas aux vérifications de diplômes et de casier judiciaire pourtant nécessaire au recrutement d'un professionnel de santé exerçant en ESMS.

Ecart 8. : L'établissement ne dispose pas du dossier du professionnel en CDD. Il ne vérifie donc pas son diplôme et sa qualification, ce qui peut avoir un impact sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3, 1^{er} du CASF).¹⁴

Au cours de l'analyse de ces dossiers, la mission a constaté que, sur les 9 dossiers consultés :

- Il n'est pas possible d'indiquer si le bulletin n°3 du casier judiciaire avait été vérifié (aucune mention dans la fiche récapitulative) ;
- Seules 2 mentions d'évaluations ont été trouvées dans 2 dossiers ;
- 4 dossiers n'ont pas de fiche de fonction ;

¹⁴ Article L.311-3 1^{er} du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... »

- 6 dossiers contiennent une mention d'une formation réalisée au cours des 3 dernières années, même si pour la majorité il s'agit d'une simple feuille d'émargement ;
- Hormis une professionnelle, tous les professionnels soumis à inscription au RPPS le sont. En revanche, plusieurs d'entre eux n'ont pas mis à jour leur situation sur le RPPS
- Seul un des dossiers contient l'AFGSU de la professionnelle, mais cet AFGSU date de 2014 et ne semble pas avoir été recyclé depuis.
- Les dossiers étaient propres, dans des pochettes nominatives (manque nom usage et nom patronymique) avec des sous-pochettes (administratif, contrat, diplôme, formation, maladie, correspondance, évaluation) et une fiche récapitulative collée à l'intérieur de la pochette.

Remarque 13 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont pas complets (fiche de fonction non systématiquement présente) et ne sont pas tenus à jour (vérification du bulletin N° 3 du casier judiciaire non précisée ; situation au RPPS non régularisée).

Concernant l'organisation de l'analyse de pratique, la directrice a annoncé lors de la visite qu'une psychologue en analyse de pratique allait être recrutée pour venir au sein de l'établissement 1 fois par mois à compter du 13 février 2025. Elle interviendra au profit des aides-soignants et des infirmiers. La première thématique prévue concerne la communication soignants-famille.

1.3 Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements (2.4)

1.3.4. Injonctions retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Inj	5	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	2.4	24	A	L'établissement doit Installer un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air.	Nous ne comprenons pas cette injonction. Nous avons une salle climatisée au rez-de-chaussée au niveau de la salle collective. Les documents de notre prestataire en témoignent. La dernière vérification de maintenance a été réalisée le 14 juin dernier.	La mission note que la salle collective du rez-de-chaussée est climatisée et prend acte de la maintenance intervenue sur les climatiseurs de l'établissement le 14 juin 2024 et de leur bon fonctionnement (attestation de la [REDACTED] du 4 juillet 2024).	Article D312-161 du CASF	Injonction retirée
----------	-----	---	---	-----	----	---	--	--	--	--------------------------	--------------------

1.3.5. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

La mission a relevé qu'un système fixe de rafraîchissement de l'air est présent en salle de restauration.

1.4. Fonction support-Sécurités (2.5)

1.4.1. Injonctions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Inj	6	2.5- Fonction support- Sécurités	2.5	25	A	L'établissement doit s'assurer du port de montre alarme par tous les résidents et du fonctionnement du système de détection des chutes dans toutes les chambres.	Le port de la montre est vérifié par les soignants mais pas tracé. Nous allons mettre en place une vérification plus rigoureuse et avons fait un rappel auprès des soignants le 9 juillet 2024. Nous avons rajouté cette vérification dans le plan de soins de tous nos résidents. (Voir exemple ci joint). En cas d'impossibilité ou de difficulté pour le résident de porter la montre, le projet personnalisé le mentionnera et le lieu du dépôt de l'appel malade dans la chambre sera identifié. Nous favorisons la présence de ces résidents dans la salle de vie commune afin d'être sous la surveillance des professionnels. Nous avons mis en place depuis le mois de mars dernier, une grille de vérification par l'équipe d'encadrement de nos appels malades (voir grilles jointes). Nous avons également une commission d'analyse hebdomadaire afin de suivre cet indicateur et mettre en place des actions (voir CR).	Il est pris note des éléments de réponse. La montre alarme ne garantit pas la sécurité de tous les résidents (elle est ou non portée), dans la journée ainsi que la nuit. L'établissement doit poursuivre la vérification de la réactivité des agents aux appels malades et établir des comptes rendus des commissions d'analyse. L'établissement n'a pas apporté de réponse sur le fonctionnement du système de détection des chutes dans toutes les chambres.	Article L.311-3-1° du CASF	Injonction maintenue, dans l'attente de la transmission : -des éléments justifiant le bon fonctionnement du système de détection des chutes. Délai : 2 mois
----------	-----	---	---	-----	----	---	--	---	---	----------------------------	--

1.4.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

L'établissement a fourni six comptes-rendus d'analyse des appels malades sur la période d'octobre à décembre 2024.

Il est noté que le temps moyen de réponse varie entre chaque période analysée. Les actions à mener inscrites dans les comptes rendus portent sur un effort demandé aux équipes sur le temps de réponse et un défaut de report des alarmes sur les téléphones.

Le compte-rendu du 6 décembre 2024 indique que le taux de réponse moyen analysé sur la période est de 16 minutes, mais ■ appels ont un temps de réponse compris entre 20 à 30 minutes et ■ appels ont un temps de réponse de plus de 30 minutes.

1.4.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

Les résidents interrogés savent comment actionner la montre alarme mais indiquent que le temps d'attente et de réponse est très long. Les équipes soignantes précisent que certains résidents ne veulent pas porter la montre alarme.

Des tests d'appel malade ont été effectués dans la matinée. Un essai au 1er étage est satisfaisant avec un temps de réponse réactif des soignants. Le second essai au rez-de-chaussée n'a pas déclenché d'intervention des soignants avant 40 minutes. L'appel de la montre alarme est transmis sur les téléphones de service des soignants et de l'IDEC ainsi que sur celui du standard. Un groupe de soignants était présent dans le couloir et des sonneries se faisaient entendre ; aucune intervention n'a été constatée.

Il a été demandé à la suite du contrôle du 16 janvier 2025, le journal des appels malades du mois de décembre 2024. Or, n'ont été fournis que les relevés du 16 janvier 2025- 20H au 17 janvier 2025- 23h.
A leur lecture, les temps de réponse peuvent être de moins de 2 minutes, mais ■ appels dépassent un temps de réponse supérieur à 10 minutes, dont des temps de 30 minutes à une heure.

Il est à noter que l'établissement ne dispose pas de système de détection des chutes, actif ; la prévention des chutes repose sur l'adaptation de l'environnement et des équipements.

Ecart 9. : Les temps de réponse aux appels malades restent pour certains, encore longs, ne garantissant pas une totale sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1^{er} du CASF.¹⁵

1.5. Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (3.1)

1.5.1. Injonctions retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Inj	8	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1	31	A	L'établissement doit établir une planification annuelle de revue des PAI des résidents pris en charge (dates prévues pour les synthèses individuelles).	Nous vous fournissons le tableau de suivi de nos PAI. La planification est réalisée par notre psychologue.	Le tableau transmis fixe les dates prévisionnelles de revue en 2024, des PAI des résidents, à l'exception de ■ résidents ayant des troubles cognitifs (dates qui restent à fixer avec les familles). La mission relève toutefois que cette revue se fait plus d'un an après la dernière révision.	Article D.312-155-0 3° du CASF	Injonction retirée
LD2/2024	Inj	9	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1	31	A	L'établissement doit formaliser, suivre et évaluer le PAI de chacun des résidents.	Le tableau communiqué permet de vérifier le travail réalisé.	Le tableau communiqué fait mention, s'agissant des nouveaux résidents pris en charge en 2024, de la date d'élaboration de leur PAI, mais ne précise pas leur date d'entrée dans l'établissement.	Article D.312-155-0 3° du CASF	Injonction retirée

¹⁵ Article L311-3 1^{er} du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... »

1.5.2. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

L'établissement dispose d'un document portant planning des projets de vie individualisés (PVI) qui recense les prénom, nom, date d'entrée des nouveaux arrivants ; la date du dernier PVI pour 2024 (exception faite pour les derniers résidents admis), l'échéance d'élaboration du PVI pour l'année 2025 et sa signature.
Le 16 janvier 2025, les ¾ des PVI afférents à l'année 2024 étaient signés ; le délai de signature est plus long, lorsque le résident est sous tutelle.
Le planning demandé suite à l'inspection du 16 janvier 2025 ne fait plus mention de la signature.
Les PVI papiers sont rangés dans un classeur ; la seule référente pour ces projets est la psychologue.

Il est à noter qu'avant l'arrivée de la directrice, les PVI étaient élaborés par la seule psychologue avec le résident, en trois mois.
A présent, tous les PVI sont revus et réévalués sur l'année, en équipe pluridisciplinaire.
Le délai d'élaboration du PVI est un sujet donnant lieu à discussion interne : pour la psychologue, le PVI est à élaborer dans les deux mois suivant l'admission ; la directrice considère, quant à elle, que le PVI doit être élaboré dans le mois qui suit l'arrivée du résident.

1.6. Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement (3.4)

1.6.1. **Injonction retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024**

LD2/2024	Inj	10	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	3.4	34	A	L'organisme gestionnaire doit assurer l'entretien journalier de l'ensemble des locaux, garantir la maintenance et le bon fonctionnement du seul ascenseur, vérifier et entretenir au quotidien le réfrigérateur de la salle à manger destiné aux résidents, assurer la sécurité des personnes hébergées (port des montres alarmes ; fonctionnement du système de détection des chutes installé dans les chambres ; accès sécurisé au sous-sol, aux escaliers et placards de ménage ; absence de petit appareil électrique posé sur des petits meubles dans les couloirs).	Nous avons embauché une gouvernante depuis le [REDACTED]. Elle est chargée de s'assurer de l'entretien de l'ensemble de nos locaux. Elle réalise une surveillance quotidienne et réalise un audit mensuel. (Cf Contrat de travail) La vérification de l'hygiène des parties communes et des espaces privatifs fait l'objet d'une traçabilité intégrée dans notre logiciel qualité (voir documents). Nous avons pris note de la non-fermeture des placards et avons mis en place un système de verrouillage (photo). Nous n'avons plus de frigidaire dans la salle de restauration, ni de micro-onde dans les couloirs. L'accès au sous-sol est sécurisé via un digicode (photo). La porte d'accès aux escaliers est désormais fermée au 1er étage. Nous avons une maintenance sur notre ascenseur (voir contrat). En cas de panne, nous pouvons faire appel à un prestataire en vue de la location d'un monte escalier. Photo dispositif. Les travaux qui sont actuellement réalisés avec la construction d'un nouveau bâtiment relié à l'existant, permettront de bénéficier d'un deuxième ascenseur.	Il est pris note des éléments de réponse apportés. La mission relève toutefois que la location d'un monte escalier ne peut être une solution immédiate en cas de panne de l'ascenseur. L'établissement n'apporte pas la preuve de l'absence de frigidaire dans la salle de restauration et de micro-ondes dans les couloirs.	Article L.311-3-1° du CASF	Injonction retirée
----------	-----	----	---	-----	----	---	--	--	--	----------------------------	--------------------

1.6.2. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

La mission d'inspection a relevé que les micro-ondes ont été retirés des étages, et le réfrigérateur, de la salle de restauration.

L'accès au sous-sol et aux escaliers est sécurisé, ce qui n'est pas le cas de locaux de ménage (le local ménage du 1^{er} étage est ouvert, contenant des vêtements et effets personnels des salariés) et du local DASRI (la porte d'accès n'est pas fermée).

En ce qui concerne la circulation verticale, le seul ascenseur existant est en état de marche. L'établissement, dans sa partie « nouveau bâtiment », disposera d'un nouvel ascenseur, qui constitue une solution de secours si le premier ascenseur ne fonctionne pas.

Lors de la visite des locaux, la mission a néanmoins observé :

- La présence d'un chat qui se promène dans les différents espaces (au sein du restaurant ; à l'entrée ; sur la borne d'accueil) ;
- Un salon de coiffure non entretenu, où sont présentes à l'entrée, deux gamelles avec les aliments du chat (s'en dégage une forte odeur) ; des lingettes (matériel de ménage) étendues de part et d'autre, alors même que des résidents sont présents.

Ces situations contreviennent aux normes d'hygiène exigées au sein d'un établissement médico-social.

Ecart 10. : L'établissement ne garantit pas la sécurité des résidents (locaux de ménage et DASRI non fermés). L'établissement ne respecte pas, par ailleurs, les règles de bionettoyage (chat déambulant ; salon de coiffure non entretenu), ce qui ne permet pas de participer à la prévention du risque infectieux. Ces situations contreviennent aux dispositions de l'article L.311-3-1er du CASF¹⁶.

¹⁶ Article L311-3 1^{er} du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... »

1.7. Prise en charge-Soins (3.8)

1.7.1. Injonctions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Inj	11	3.8-Prise en charge-Soins	3.8	38	S	L'établissement doit utiliser de façon effective : -un support unique de transmission accessible à l'ensemble des intervenants extérieurs et aux personnels soignants en interne, qui permette de disposer de données actualisées sur le suivi des résidents, de tracer les interventions des prescripteurs et les actions mises en œuvre.- une traçabilité en temps réel des soins et de l'administration des médicaments par l'utilisation par les soignants de « tablettes » reliées au système informatique de l'établissement- des transmissions régulières entre cadres de soins et personnel soignant, ainsi que les transmissions ciblées hebdomadaires, tracées et garantissant le suivi de l'ensemble des résidents. Il doit former l'ensemble du personnel soignant à l'utilisation de l'outil.	Nous n'avons plus de transmission écrite en dehors du mode dégradé depuis la fin du mois de janvier 2024. Le support écrit de transmission a été supprimé. Un audit sur l'utilisation des tablettes a été réalisé par le siège le 12 mars 2024 (voir document). Lors des réunions d'équipe avec l'ensemble du personnel soignant, nous réalisons régulièrement une sensibilisation sur la traçabilité - voir preuves. Tous les mois, nous réunissons une commission nutrition, chutes, plaies / cicatrisation et douleur. Ces commissions soins du mois de mai ont été reportées en juin. Les réunions d'équipe pluridisciplinaire organisées tous les vendredis permettent de réaliser le suivi des résidents.	Les éléments de réponse ne permettent pas à la mission d'identifier : - le support unique de transmission utilisé ; - le document justifiant de la traçabilité en temps réel, des soins et de l'administration des médicaments. Par ailleurs, les documents transmis comme justificatifs de réunion pluridisciplinaire sont en réalité des feuilles d'émargement (et non des comptes rendus de réunion) et tous ne renseignent pas sur le contenu de la réunion, ni les conduites à tenir qui en découlent. La traçabilité est insuffisante pour permettre au personnel de se référer si besoin à ces comptes rendus et comment il peut y avoir accès. En outre, il n'a pas été communiqué à la mission la synthèse sur l'audit des tablettes.	Article R4311-2 2° du CSP et L. 311-3-1 du CASF Article R4311-2 CSP	Injonction maintenue, dans l'attente : - de relevé des transmissions assurées dans [REDACTED] pendant une durée de deux mois ; -d'une extraction anonymisée (pour [REDACTED] résidents, dont [REDACTED] parkinsonien) de [REDACTED] pour les traitements médicamenteux sur un mois. Délai : 2 mois
LD2/2024	Inj	7	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1	31	S	L'établissement doit organiser l'accès aux soins médicaux des résidents et garantir la possibilité de prescription par les médecins traitants et/ou prescripteurs. Il doit s'assurer que chacun des résidents ait un médecin traitant effectif, en capacité de réaliser régulièrement et si besoin les visites et prescriptions nécessaires à sa prise en charge médicale. En l'absence de médecin traitant effectif, l'EHPAD doit mettre en place une organisation permettant l'intervention dans les locaux d'un ou plusieurs médecins prescripteurs, disposant d'un contrat salarié et d'une fiche de poste.	Nous avons actuellement [REDACTED] de médecin salarié [REDACTED] assurant le rôle de prescripteur et financé sur notre dotation soins. Sa fiche de poste est annexée à son contrat de travail (document joint). Pour information, il n'a pas accepté le poste de médecin coordonnateur. Il n'a pas de résident attitré dans le cadre de sa fonction de médecin prescripteur. Il participe à la commission gériatrique. Il est présent tous les jours, sauf le jeudi, en début d'après-midi Il intervient sur demande de l'équipe soignante pour gérer les urgences. Il remplace les médecins traitants durant leur absence. Il établit les certificats de décès, réalise le GIRAGE, prescrit si besoin les contentions, les modifications de texture et les compléments alimentaires pour l'ensemble des résidents. Il est joignable le samedi matin en cas de besoin.	Tous les résidents de l'EHPAD disposent d'un médecin traitant. Toutefois, la mission note l'intervention d'un seul médecin prescripteur [REDACTED] pour une capacité de [REDACTED] résidents, avec de nombreuses missions dont certaines relevant des missions du médecin coordonnateur. Ce dernier est également le médecin traitant de [REDACTED] résidents au sein de l'EHPAD.	Article D.312-158 6° du CASF Article L311-3 1° du CASF.	Injonction retirée

1.7.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

L'établissement et les professionnels médicaux et soignants qui y interviennent utilisent désormais largement le [redacted]. Les prescriptions médicamenteuses sont assurées par les médecins traitants. Certains médecins traitants prescrivent sur ordonnance papier. L'utilisation de [redacted] et la capacité de mobiliser sur place le médecin prescripteur sécurisent la continuité des prescriptions.

Les prescriptions de nutrition/CNO, contention, et de matériels médico-techniques sont assurées par le médecin prescripteur.

Les fonctionnalités de connexion sécurisée de [redacted] via Internet permettent les connexions à distance pour les soignants autorisés : médecins traitants et cadre IDE (qui dispose de droits d'accès à un autre établissement du groupe), cf. figure 25.

Figure 25 : Copie d'écran d'une des pages listant les droits d'accès au

AG	Nom / Prénoms	Catégorie professionnelle	Autorisations	Connexion	CPS	Accès extérieur	Accès extérieur tablette	Fin droit d'accès	Dernière connexion	Résidents	Etablissements
		Infirmier/ère libéral/le	IDE REPOTEL	✓	✗	✗	✗	18/02/2024 à 19h12	Tous		REPOTEL VOISINS
		Médecin - Généraliste	Médecin Traitant	✓	✓	✗	✗	24/10/2023 à 15h43	Profil limité		REPOTEL VOISINS
		Médecin - Généraliste	Médecin Traitant	✓	✓	✗	✗	13/12/2024 à 12h32	Tous		REPOTEL VOISINS
		Ambulance - Taxi - VSL - Stagiaire	Soignant (AS/AMP...)	✓	✗	✗	✗	28/11/2024 à 19h15	Tous		REPOTEL VOISINS
		ASH	Soignant (AS/AMP...)	✓	✗	✗	✗	15/01/2025 à 14h28	Tous		REPOTEL VOISINS
		Cadre de santé	> Profil de droits (6) Établissements : REPOTEL GENNEVILLIERS - 92230 GENNEVILLIERS ; REPOTEL VOISINS - 78960 VOISINS LE BRETONNEUX	✓	✓	✗	✗	16/01/2025 à 09h30	Tous		> REPOTEL VOISINS et Ladrans
		Kinésithérapeute	Kinésithérapeute	✓	✗	✗	✗	16/01/2025 à 11h58	Tous		REPOTEL VOISINS
		Infirmier/ère -	IDR REPOTEL	✓	✗	✗	✗	21/04/2024 à 19h15	Tous		REPOTEL VOISINS

Les observations médicales saisies par les médecins sont rares depuis le départ du précédent MedCo fin 2023. Cependant, des observations nombreuses et explicites sont saisies au fil de l'eau par l'IDER, ce qui permet de suivre l'évolution clinique et les prises en charge des patients. Via une requête « observations », la mission a procédé sur place le 16/01/2025 à une extraction pdf « consultations_20250116_164639 », 100 pages, qui en atteste.

L'administration des traitements est tracée, mais souvent en décalé par rapport à la prise (cf. infra).

Les soins non médicaux sont également régulièrement tracés (cf. figure 26), ainsi que les points individuels issus des discussions en réunion d'équipe (cf. figure 27).

La mission n'a pas identifié de transmissions ciblées dans les dossiers de soins consultés via [REDACTED] mais les transmissions réalisées au fil de l'eau sont bien présentes.

Lors de plusieurs entretiens, et dans le cadre des constats faits lors de la visite sur site, il est apparu qu'une réelle dynamique de traçabilité, soutenue par l'encadrement soignant, était en place.

Figure 26 : Extrait du document « *synthese_SyntheseResidentMedical_20250116_163647* » (pdf, 292 pages) issu d'une extraction¹ réalisée par la mission sur place le 16/01/2025, Paramédical/compte-rendu d'actes (requête « Synthèse médicale »).

réalisée par la mission sur place le

25/10/2024 à 14h49 : Ergothérapeute - Mme. [REDACTED] - Ergothérapie - *Conseil entourage lié à la Nutrition*
Problématique de télécommande de lit, ce matin.(réparer) Monsieur était en train de manger son petit-déjeuner dans son lit sans sa table adaptée. Monsieur refuse de manger son petit déjeuner sur sa table adaptée. Petit déjeuner posée sur une chaise à côté de son lit. Etre vigilant sur le positionnement de Monsieur quand il mange le matin, une position assis est préconiser.

24/10/2024 à 12h30 : Kinésithérapeute - Mme [REDACTED] - Kinésithérapie - *Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé*
Le Transfert fauteuil confort au FR a nécessité 3personnes aujourd'hui. J'ai donc proposé à Mr Auvergniot de découvrir le verticalisateur en prévention d'une dégradation des son état. essai concluant: il a confiance avec le verticalisateur. J'ai bien insisté sur le fait que c'est occasionnel pour éviter que les AS se fassent mal au dos. le but est vraiment de maintenir au maximum ses capacités de verticalisation et transfert autonome.

21/10/2024 à 14h12 : Kinésithérapeute - Mme [REDACTED] - Kinésithérapie - *Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé*
Refus des exercices de verticalisation et des MI

18/10/2024 à 14h09 : Kinésithérapeute - Mme [REDACTED] - Kinésithérapie - *Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé*
Verticalisations plus aisée aujourd'hui

17/10/2024 à 14h08 : Kinésithérapeute - Mme [REDACTED] - Kinésithérapie - *Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé*
Refus de la verticalisation. Aide à la mise au lit et exercices au lit avant la sieste

15/10/2024 à 11h59 : Kinésithérapeute - Mme [REDACTED] - Kinésithérapie - *Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé*
Verticalisations. Mr Auvergniot est fatiguable ++ Semble malgré tout intéressé d'aller à la conférence sur Napoléon

18/10/2024 à 19h44 : Orthophoniste - Mme [REDACTED] - Orthophonie - *Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles*
Bilan de dysphagie :

Figure 27 : Extrait du document « synthese_SyntheseResidentMedical_20250116_163647 » (pdf, 292 pages) issu d'une extraction réalisée par la mission sur place le 16/01/2025, Réunion/comptes-rendus (requête « Synthèse médicale »).

réalisée par la mission sur place le

Réunion	
Comptes rendus	
27/12/2024 à 11h13 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	S'installe à la salle à manger très tôt
19/12/2024 à 15h03 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	La résidente reste dans sa chambre toute la journée ne reste plus en salle commune comme avant mais le plus problématique est qu'elle s'enferme dans sa chambre; En cas de chute, très compliqué car chambre très excentré et penser à prendre le passe. Refuse le déambulateur et l'oublie beaucoup lorsqu'elle va en salle à manger. FAMILLE SERA APPELE PAR LE CADRE DE SANTE POUR ENVISAGER SOIT D'ENLEVER LE VERROU OU QUE CES DERNIERS INTERVIENNENT CAR ELLE ECOUTE BIEN SES ENFANTS
13/12/2024 à 15h22 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	Selon AS et kiné, asthénie et algique depuis son retour de l'hôpital. Résidente opéré il y a environs un mois, plus infection urinaire traité avec ATB IM fini le 12/12. Essayer de proposer le déambulateur le plus souvent possible, malgré son refus lié à ses troubles. Antalgique en si besoin selon protocole du Dr Soulier (médecin prescripteur).
06/12/2024 à 10h34 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	Agressivité réduite depuis son hospitalisation mais rester vigilant NE PAS HESITER A LUI RAPPELER DE PRENDRE SON DEAMBULATEUR LORSQU'ELLE SE DEPLACE NE PAS HESITER A JOUER LA CARTE DE LA FAMILLE
05/12/2024 à 18h18 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	Agressivité réduite depuis son hospitalisation mais rester vigilant NE PAS HESITER A LUI RAPPELER DE PRENDRE SON DEAMBULATEUR LORSQU'ELLE SE DEPLACE NE PAS HESITER A JOUER LA CARTE DE LA FAMILLE
05/12/2024 à 13h01 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	Agressivité réduite depuis son hospitalisation mais rester vigilant NE PAS HESITER A LUI RAPPELER DE PRENDRE SON DEAMBULATEUR LORSQU'ELLE SE DEPLACE NE PAS HESITER A JOUER LA CARTE DE LA FAMILLE
05/12/2024 à 12h33 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	Agressivité réduite depuis son hospitalisation mais rester vigilant NE PAS HESITER A LUI RAPPELER DE PRENDRE SON DEAMBULATEUR LORSQU'ELLE SE DEPLACE NE PAS HESITER A JOUER LA CARTE DE LA FAMILLE
08/11/2024 à 16h23 : Cadre de santé - Mme [REDACTED]	Retour de la résidente la semaine prochaine. La fils informe l'IDEC que le service DALI va avoir un entretien en début de semaine pour expliquer la prise en charge de la résidente et aura une date de retour dans l'EHPAD. Nous le communiquera pas la suite. Actuellement à DALI elle fait de la rééducation.

En complément de ces constats généraux, une étude ciblée a été conduite par la mission à partir d'une extraction de [REDACTED] (« historique des signatures ») réalisée le 24/01/2025 à 14h00.

Elle a porté sur la traçabilité de l'administration des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa prescrits chez ■ des ■ résidents identifiés par la mission comme présentant cette pathologie. L'étude a porté sur la période du 17/01 au 24/01/2025 (pour la journée du 24/01/2025, seules les prises de 8h00 et 12h00 étaient enregistrées et ont été prises en compte). L'étude a comporté deux volets.

Volet 1 : Délais entre l'horaire d'administration prescrit et l'horaire de validation dans ■ de l'administration, cf. annexe 14.

Compte-tenu de la pharmacocinétique de ces produits et des caractéristiques de la pathologie, le respect des horaires de prise des médicaments à base de Lévodopa est un point important du traitement antiparkinsonien médicamenteux (cf. figure 28).

Figure 28 : Extrait du Guide du parcours de soins- Maladie de parkinson, HAS, septembre 2016, p.37.

Rôle du pharmacien :

- *Faire un bilan et un rappel à chaque dispensation du schéma thérapeutique médicamenteux avec la PcP (doses, horaires et mode de prise), surtout si des modifications ont récemment été apportées.*
- *Rappeler l'importance du respect des heures de prise pour éviter le blocage « on/off¹⁷».*
- *Répondre aux éventuels questionnements de la PcP sur le délai d'action des médicaments fonction de la forme galénique.*
- *Proposer si nécessaire un tableau de doses ou la mise en place d'une préparation des doses à administrer*
- *Vérifier que l'observance au traitement est bonne et rappeler son importance à court comme à long terme.*
- *Expliquer les dangers de l'arrêt brutal des médicaments dopaminergiques exposant à un risque de « syndrome malin des neuroleptiques ».*
- *Rechercher les éventuels obstacles à la prise du traitement (effets indésirables, formes galéniques non adaptées). Si nécessaire, en faire part au médecin.*

Les horaires réels d'administration sont inconnus. Seuls peuvent être pris en compte les horaires enregistrés. Sur cette base, les constats faits par la mission sont les suivants :

- Seulement ■ enregistrements sur ■ sont effectués au moyen d'une tablette (cf. tableau 9 et annexe 14).
- La traçabilité de l'administration est assurée par une IDE vacataire ■ (■%), ce qui traduit sur cette période un fort recours aux IDE vacataires (cf. tableau 9).
- L'enregistrement de l'administration est fait dans la très grande majorité à distance de l'heure prévue – et probablement réelle – d'administration (2 heures 16 mn en moyenne), lors des périodes plus calmes de la journée et/ou en fin de service (tableau 8, figure 28 et annexe 14).
- L'enregistrement des prises prescrites à 20h00 est systématiquement anticipé (1h19 en moyenne), c'est-à-dire réalisé avant l'administration effective, donc possiblement faux.

¹⁷ Les symptômes, le diagnostic et l'évolution de la maladie de Parkinson – Assurance maladie, 26 février 2025 <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/maladie-parkinson/symptomes-diagnostic-evolution> :

Des passages d'un état avec symptômes parkinsoniens à un état sans symptôme sont observés à tout moment de façon imprévisible. Les mêmes mouvements sont réalisés avec une grande difficulté à certains moments, et s'avèrent très faciles à d'autres : c'est l'effet dit « On-Off » :

- Durant les phases « Off », la personne présente des signes d'akinésie (blocage important, instabilité posturale, difficultés sévères à la marche, risque élevé de chutes).
- Durant les phases « On », la personne est mobile et alerte. Cependant, elle présente des mouvements anormaux (appelés dyskinésies).

Ecart 11. : L'étude de la traçabilité de l'administration des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa prescrits chez ■ résidents du 17/01 au 24/01/2025 montre que seulement 7% enregistrements de l'administration sont effectués directement sur tablette et que l'enregistrement est fait dans la très grande majorité à distance de l'heure prévue (2 heures 16 mn en moyenne), sauf pour les prises prescrites à 20h00 où il est systématiquement anticipé (1h19 en moyenne).L'anticipation de la saisie d'une administration non encore réalisée constitue un écart majeur, car il dénote un défaut de fiabilité de la réalité des soins enregistrés et tracés . Réf : Art R4311-2, 4 et 5 du CSP ¹⁸(mission et rôle propre de l'IDE, et délégations des IDE vers les AS/AES/AMP).

Tableau 8 : Traçabilité de l'administration des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa prescrits chez ■ résidents entre le 17/01 et le 24/01/2025. Indication des écarts (en minutes) entre l'horaire prévu pour l'administration et l'horaire de saisie de l'administration dans ■. Les nombres positifs indiquent un retard d'enregistrement par rapport à l'horaire prévu, les nombres négatifs indiquent une avance.

Horaire prévu d'administration	Moyenne de Delta mn	Nombre de Delta mn	Écartype de Delta mn	Max. de Delta mn	Min. de Delta mn
08h00	278	27	190	660	25
08h30	233	8	164	587	55
11h00	99	16	146	437	-30
12h00	126	17	207	484	-90
14h00	136	14	154	330	-61
16h00	136	6	71	210	0
17h00	89	15	45	152	0
18h00	50	9	37	124	10
20h00	-79	11	26	-30	-109
Total		123			

¹⁸ Article R.4311-2,4 et 5 du CSP : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :... 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ; 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

Figure 29 : Traçabilité de l'administration des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa prescrits chez 5 résidents entre le 17/01 et le 24/01/2025. Indication des écarts (en minutes) entre l'horaire prévu pour l'administration et l'horaire de saisie de l'administration dans Figureation de la distribution des délais d'enregistrement en fonction des horaires prescrits. Les nombres positifs indiquent un retard d'enregistrement par rapport à l'horaire prévu, les nombres négatifs indiquent une avance.

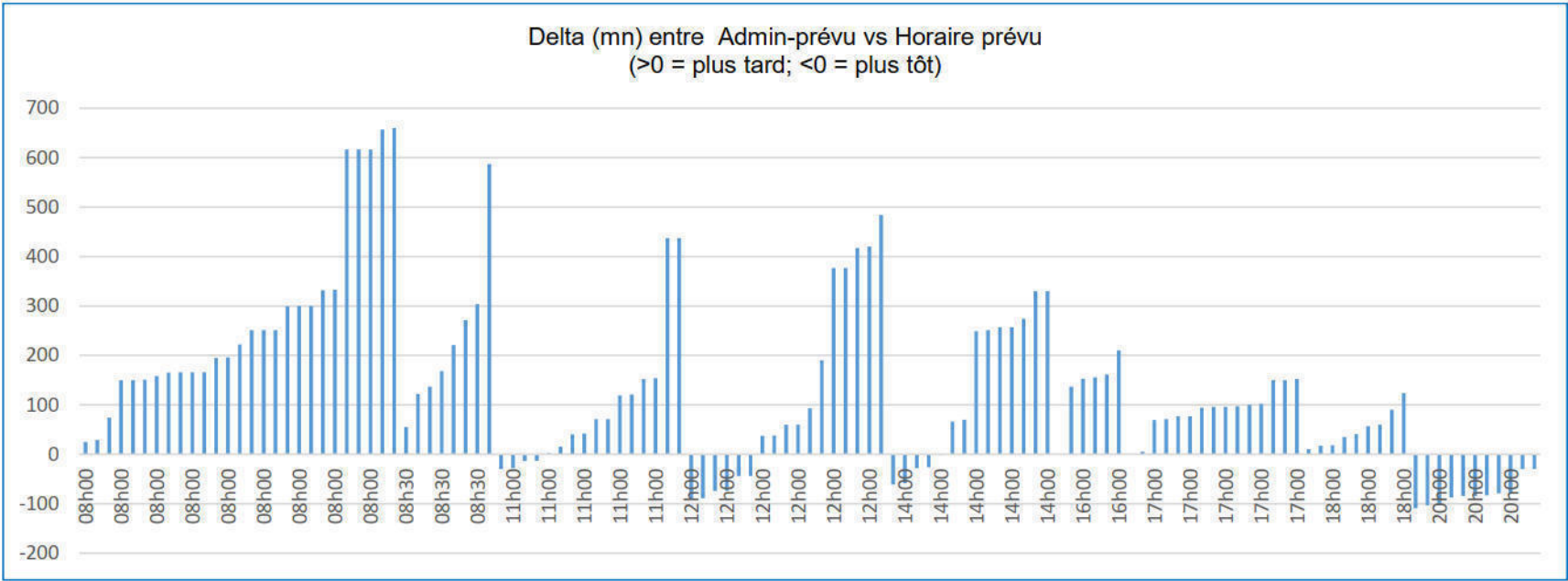


Tableau 9 : Traçabilité de l'administration des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa prescrits chez 5 résidents entre le 17/01 et le 24/01/2025. Indication des IDE qui assurent la saisie et du mode de saisie (tablette vs ordinateur fixe) dans .

	Signé avec la tablette	Signé avec l'ordinateur fixe	Total
Infirmier/ère - Mme. IDE VACATAIRE		79	79
Infirmier/ère - Mme. [REDACTED]	6	10	16
Infirmier/ère - M. [REDACTED]		16	16
Infirmier/ère - Mme. [REDACTED]		8	8
Infirmier/ère - Mme. [REDACTED]	2		2
Infirmier/ère - Étudiant/e - [REDACTED]	1	1	2
Total	9	114	123

Volet 2 : Traçabilité de renseignement dans [REDACTED] de l'administration des médicaments antiparkinsoniens, cf. annexe 15.

Sur les 133 prises prescrites sur la période étudiée, 10 n'ont pas été enregistrées dans [REDACTED] (7,5%), ce qui est compatible avec une absence d'administration (cf. annexe 15 et tableau 10).

Ecart 12. : Sur la période du 17/01 au 24/01/2025 étudiée, absence d'administration tracée des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa pour 7,5% des prises prescrites. Or il est recommandé de : a)Vérifier que l'observance au traitement est bonne et rappeler son importance à court comme à long terme ; b) Expliquer les dangers de l'arrêt brutal des médicaments dopaminergiques exposant à un risque de « syndrome malin des neuroleptiques ». Réf. : Guide du parcours de soins- Maladie de parkinson, HAS, septembre 2016, p.37.Réf : Art R4311-2,4 et 5 du CSP (mission et rôle propre de l'IDE, et délégations des IDE vers les AS/AES/AMP).¹⁹

Tableau 10 : Traitements à base de Lévodopa prescrits entre le 17/01 et le 24/01/2025 dont l'administration n'est pas tracée dans [REDACTED] chez [REDACTED] résidents parkinsoniens.

N°	Résident	Date prévue
[REDACTED]	[REDACTED]	17/01/2025 à 12h00
[REDACTED]	[REDACTED]	18/01/2025 à 18h00
[REDACTED]	[REDACTED]	17/01/2025 à 12h00
[REDACTED]	[REDACTED]	19/01/2025 à 16h00
[REDACTED]	[REDACTED]	19/01/2025 à 20h00
[REDACTED]	[REDACTED]	20/01/2025 à 08h00
[REDACTED]	[REDACTED]	20/01/2025 à 12h00
[REDACTED]	[REDACTED]	22/01/2025 à 20h00
[REDACTED]	[REDACTED]	22/01/2025 à 18h00
[REDACTED]	[REDACTED]	23/01/2025 à 08h00

Le nombre de séances d'ergothérapie, de psychomotricité et d'orthophonie dispensées aux résidents parkinsoniens est indiquée au tableau 11.

¹⁹ Article R.4311-2,4 et 5 du CSP : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :... 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ; 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

Tableau 11 : Nombre de séances d’ergothérapie, de psychomotricité et d’orthophonie dispensées aux résidents parkinsoniens est indiqué au tableau 11. Les dates d’admission sont indiquées en colonne 2. La fenêtre temporelle d’intervention est indiquée pour chaque type de prise en charge, en fonction de la présence des thérapeutes au sein de l’EHPAD.

N° chambre	Date admission	Ergothérapie 06/03/2024 à 22/01/2025	Psychomotricité 23/01/2024 au 13/03/2024	Orthophonie 18/10/2024 au 17/01/2025
■	■	3	8	5
■	■	9	16	4
■	■	42	4	1
■	■	46	14	6
■	■	84	20	4
■	■	82	20	0
■	■	14	0	5
Nombre total de séances		280	82	25

2. Vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux prescriptions

2.1. Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration (1.1)

2.1.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

LD1/2022	Prescription	9	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	1.1	11	A	Se conformer à la réglementation relative à la facturation du tarif dépendance Informer l'ensemble des résidents, leurs familles, les membres du CVS et les deux autorités administratives du rectificatif des points erronés mentionnés lors du CVS du 17 janvier 2023	Exceptionnellement, nous avons revu les GIR de nos résidents en décembre 2022 car n'avait pas pu être réalisé en août 2022 (absence du MedCo et de l'IDEC) Nous avons prévenu le CD78 par mail en janvier 2023 afin d'indiquer les changements pour les résidents des Yvelines recevant l'APA. Nous avons bien pris note que ces évolutions auraient dû vous être notifiées en fin d'année 2022. Nous confirmons que seuls 2 résidents perçoivent l'APA et sont concernés par un changement de bloc tarifaire. Ainsi, nous n'appliquerons cette évolution tarifaire qu'au 1er janvier 2024. Les familles des résidents concernés ont été prévenues par courrier et par l'information donnée aux 2 réunions CVS (publication envoyée et affichée dans l'établissement)	Réponse insuffisante : L'intangibilité du GIR n'est pas limitée aux bénéficiaires de l'APA et s'applique à l'ensemble des résidents. A transmettre : factures des séjours avec dépendance pour l'ensemble résidents figurant sur le livret retourné durant l'été 2022 pour campagne 2023; CR des CVS postérieurs à celui du 17 janvier 2023 (suite au retour d'information du CD lettre d'information adressée aux résidents et ou familles) faisant mention du rectificatif sur la facturation du tarif dépendance pour les modifications injustifiées	PRESCRIPTION 9 MAINTENUE Immédiat
----------	--------------	---	---	-----	----	---	--	--	---	--

2.1.2. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	1	1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	1.1	11	A	L'établissement doit accueillir des résidents conformément à l'autorisation accordée. L'établissement ne doit pas procéder à des admissions au titre de l'hébergement temporaire, en l'absence d'autorisation.	Nous n'avons pas d'hébergement temporaire mais nous sommes amenés à conclure des contrats à durée déterminée, sur demande, dans le respect des dispositions réglementaires. Ces résidents bénéficient d'une évaluation GIR un mois après leur admission. En effet, conformément à l'article L342-2 du CASF : « préalablement à l'entrée dans l'établissement, la personne âgée ou la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne a déclaré vouloir conclure un contrat pour un hébergement d'une durée limitée, inférieure à six mois, le contrat est alors à durée déterminée. »	Il est pris note des éléments de réponse.	Article L.313-1 alinéa 4 du CASF	Prescription retirée
----------	--------------	---	---	-----	----	---	--	--	---	----------------------------------	----------------------

2.1.3. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Le registre des entrées et des sorties des résidents, consulté sur place, recense les admissions qui ne sont réalisées qu’au titre de l’hébergement permanent et non de l’hébergement temporaire (cas pour la période de mars 2022 à juin 2023 et pour les entrées réalisées à compter de mars 2024). La dernière entrée enregistrée le 30 décembre 2024, l’est pour un hébergement à titre définitif.
L’établissement respecte les conditions de l’autorisation.

2.2. **Gouvernance-Management et Stratégie (1.2)**

2.2.1. **Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022**

LD1/2022	Prescription	7	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A	1) Conduire une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance (par ex. : plan de formation, auto-évaluation, désignation d'un référent, groupe d'analyse des pratiques) ;2) Mettre en place un environnement bienveillant et une amélioration du cadre de vie pour le bien être des résidents	2 sessions de formation à la bientraitance avec un organisme externe [REDACTED] dans le plan de formation 2023. La psychologue est la référente bientraitance. Le numéro « violences 3977 » est affiché en salle de repos. Des travaux visant à l'amélioration du cadre et de l'environnement sont prévus.	Réponse insuffisante A transmettre : Liste des personnels devant suivre l'une ou l'autre des sessions de formation et dates avec attestations de présence - Date et description des travaux d'amélioration du cadre et de l'environnement	Article L.119-1 et L.311-3 du CASF	PRESCRIPTION 7 MAINTENUE 1) 6 mois 2) 2 mois
----------	--------------	---	--	-----	----	---	--	--	--	------------------------------------	---

2.2.2. **Prescriptions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024**

LD2/2024	Prescription	2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A	L'établissement doit compléter le règlement de fonctionnement, et l'afficher.	Nous ne comprenons pas cette prescription car nous avons un règlement intérieur qui est affiché sur notre tableau à l'accueil. Il s'agit d'une annexe du contrat de séjour ce qui explique la numérotation des pages. Nous convenons que la forme de ce document n'est pas optimale (police) dans la mesure où il est issu de notre logiciel administratif. Nous l'avons déposé pour consultation dans le lutin en libre accès de consultation sur notre borne d'accueil.	Le règlement intérieur (qui s'impose à tous les salariés de l'établissement) n'est pas le règlement de fonctionnement (Article L311-7 CASF). Ce dernier doit être conforme à la réglementation.	Article R311-34 du CASF	Prescription maintenue Délai : 2 mois
----------	--------------	---	--	-----	----	---	---	---	---	-------------------------	---------------------------------------

LD2/2024	Prescription	3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A	L'établissement doit finaliser et valider son nouveau projet d'établissement pour 5 ans, puis le transmettre aux autorités de contrôle.	Nous sommes en cours de finalisation de la rédaction du projet d'établissement. Nous respecterons le délai imparti.	Il est pris note de ces éléments.	Article L311-8 du CASF	Prescription maintenue dans l'attente de la transmission du nouveau projet d'établissement. Délai : 2 mois
LD2/2024	Prescription	4	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A	L'établissement doit élaborer un plan bleu conformément au guide de réalisation du ministère de la Santé accessible sur son site internet au lien suivant : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/guide-d-aide-a-l-elaboration-du-plan-bleu-en-ehpad	L'arrêté du 7 juillet 2005 précise le cahier des charges sur le contenu du Plan Bleu. Notre document actuel, envoyé le 27 juin à vos services, y répond (cf. actualisation de notre plan bleu ci-joint). Notre actuel Plan Bleu cible effectivement principalement le risque climatique (canicule) mais décrit également d'autres situations en renvoyant vers les supports internes mis en place (défaillance énergétique - DARDE, risque infectieux - Protocoles correspondants, autres alertes sanitaires - Gestion des EIG, Plan de Continuité de l'Activité, page 10), il réalise également une rapide cartographie des risques et aléas d'exposition aux différents facteurs de gravité (dont climatique, technologique, industriel ...) en page 12.	Il est pris note de l'élaboration d'un plan bleu pour 2024 et de sa transmission au mois de juin à l'ARS-Délégation départementale des Yvelines, mais non au conseil départemental des Yvelines.	Articles L311-8 et D312-155-4-1 et suivants du CASF Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local/ pièce rafraîchi dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription retirée

LD2/2024	Prescription	5	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A & S (missions MedCo)	La direction de l'établissement doit procéder au recrutement effectif d'un médecin coordonnateur avec un temps dédié à la coordination conforme aux dispositions réglementaires applicables à l'effectif des résidents pris en charge. Celui-ci doit notamment assurer l'évaluation gériatrique du résident dès son admission.	Nous mettons en place les moyens à notre disposition en vue du recrutement du médecin coordonnateur (voir injonction 1). Nous espérons pouvoir rapidement lever cette prescription. Pour rappel : réponse de l'inspecté à l'injonction N°1 Dans le cadre du suivi d'inspection, nous avons proposé en septembre 2023 une solution provisoire de télécoordination médicale qui n'a pas été retenue par les services du 78 en Novembre 2023 (cf. document joint). Nous le regrettons car ce dispositif temporaire ne nous aurait pas empêché de poursuivre nos recherches et nous aurait permis de répondre à de nombreuses missions réglementées du médecin coordonnateur. Dans l'attente d'un recrutement effectif, accepteriez-vous que cette solution provisoire soit activée ? Pour rappel : réponse de l'inspecté à l'injonction N°2 Le recrutement du médecin coordonnateur ne peut être une mesure injonctive dans la mesure où il s'agit d'une obligation de moyens. Nous répondons à cet écart, indépendant de notre volonté, au niveau de la prescription 5.	La mission rappelle que l'article D.312-156 du CASF dispose que « Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur. Au sein des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 dont la capacité autorisée est inférieure à 200 places, la fonction de coordination prévue au V du même article est occupée par un seul médecin ». L'organisme gestionnaire a fait savoir par un courriel en date du 6 septembre 2024, que le recrutement d'un médecin-coordonnateur prévu pour la mi-septembre n'avait pas abouti. Le médecin a décliné l'offre le 5 septembre 2024. L'option de 100% de coordination à distance sans perspective de recrutement garantissant un temps de coordination par un médecin-coordonnateur en présentiel dans un terme défini n'est pas admise.	Article D. 312-156 du CASF (article modifié par décret N°2024-779 du 9 juillet 2024-article 1er).	Prescription retirée au profit de l'injonction N°2
----------	--------------	---	--	-----	----	------------------------------	--	---	---	---	--

2.2.3. **Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024**

Prescription N°2 : L'établissement a adressé des photos du règlement de fonctionnement.

Prescription N°3 : La direction a transmis le 6 décembre 2024, le nouveau projet d'établissement 2024-2029, qui annule et remplace le projet d'établissement 2020-2025. Celui-ci a été révisé au mois de septembre 2024. Il est construit autour de 9 projets, à savoir :

-un projet institutionnel ; un projet de vie ; un projet de soins et médical (dont le circuit du médicament) ; un projet d'animation et de vie sociale ; un projet social-dimension ressources humaines ; un projet qualité et gestion des risques ; un projet éthique et bientraitance ; un projet développement durable ; des projets d'amélioration – perspectives de transformations architecturales ; un projet de système d'information.

Il y est fait mention que « le conseil de la vie sociale est informé de la mise à jour du projet d'établissement et les membres sont invités à la réflexion ainsi qu'à la relecture de ce dernier ».

Le projet d'établissement a été transmis aux autorités de contrôle.

La mission relève que ce document n'est pas signé de l'organisme gestionnaire.

Prescription N°4 : Le plan bleu a été transmis au conseil départemental des Yvelines.

2.2.4. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Prescription N°2 : La mission a observé que le règlement de fonctionnement figure et est consultable dans un lutin, présent sur la borne d'accueil. Celui-ci traite de la vie collective au sein de l'EHPAD et est conforme aux attendus réglementaires.

Les dossiers administratifs des résidents contiennent le contrat de séjour signé du directeur de l'établissement et du résident ou de son représentant, avec les annexes, dont le règlement de fonctionnement (annexe N°1).

Prescription N°3 : Le projet d'établissement est consultable et peut être demandé à l'accueil de l'EHPAD.

2.3. **Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances (1.3)**

2.3.1. **Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024**

LD2/2024	Prescription	6	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	1.3	13	A	Le CVS doit se conformer aux nouvelles dispositions du décret du 25 avril 2022, notamment concernant sa composition et son règlement de fonctionnement.	Les prochaines élections auront lieu à la fin de l'année 2024. La composition est conforme à la réglementation (voir listing). Le règlement de fonctionnement a été validé lors du CVS du 7 février 2024.Le document signé et daté est joint aux éléments de preuve.	Transmettre aux autorités de tarification et de contrôle, le compte-rendu du CVS, à la suite des nouvelles élections.	Articles D311-4 à D311-20 du CASF	Prescription retirée
----------	--------------	---	---	-----	----	---	---	--	---	-----------------------------------	----------------------

2.3.2. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Les dernières élections pour le renouvellement du conseil de la vie sociale (CVS) se sont déroulées le 20 décembre 2024. Les représentants des collèges des familles/ tuteurs, des salariés et des résidents y ont été désignés. Les résultats sont affichés dans l'enceinte de l'EHPAD.
La première réunion du nouveau CVS a eu lieu le 14 janvier 2025, au cours de laquelle le nouveau président a été élu.
Le CVS dans sa nouvelle configuration, s'est tenu le 6 février 2025 ; le compte-rendu a été adressé aux autorités de contrôle et est signé du président.
Une synthèse des FEI/EIG et des plaintes et réclamations déclarés et reçus sur les quatre derniers mois de l'année 2024, a été présentée.

2.4. **Gouvernance-Gestion de la qualité (1.4)**

2.4.1. **Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022**

LD1/2022	Prescription	3	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	1.4	14	A	Démarche continue d'amélioration de la qualité : Retracer dans le rapport annuel d'activité la démarche continue d'amélioration de la R30 qualité issue notamment de la gestion des risques (déclaration, recueil, gestion, R41 analyse des événements indésirables, chutes ...), Compléter et finaliser le système documentaire "qualité". Vérifier la connaissance et la bonne application des procédures en vigueur dans l'établissement. Mettre en place un protocole de prise en charge de la douleur et sa traçabilité dans les dossiers, Formaliser une procédure sur l'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD et former les équipes à sa mise en œuvre Les documents qualité du groupe Clinalliance sont à adapter à l'EHPAD Repotel de Voisins.	Rajout d'un paragraphe concernant la qualité dans le rapport budgétaire de l'ERRD 2022.Le bilan des FEI reprend les grandes catégories de signalement et analyse l'évolution de ces dernières au regard des actions de suivi/d'amélioration mises en œuvre au cours de l'année écoulée. Système documentaire qualité en constante évolution (création documentaire et mises à jour périodiques des procédures et protocoles) : en 2022, 65 documents [REDACTED] ont été actualisés ou créés. Une série de procédures « modèles » élaborées par la Directrice des soins, le référent médical et le service qualité sera transmise au cours de 2023 : ces documents ont vocation à être adaptés par l'établissement au regard de ses propres pratiques. Objectif : accompagner REPOTEL voisins dans le formalisme documentaire et accélérer la mise en conformité de sa [REDACTED] Certains documents sont déjà diffusés pour appropriation et en cours d'adaptation : sac d'urgence, dotation pour besoins urgents, gestion des TIAC, gestion des stupéfiants, prévention et conduite à tenir en cas de chute, signaux d'alerte et conduite à tenir en cas de fausse route) L'IDEC est chargée de former le personnel aux	Réponse insuffisante. A transmettre :Rapport d'activité 2022 relatif à la gestion des risques (déclaration, recueil, gestion, analyse des événements indésirables) Plan d'actions établi suite à l'audit réalisé en 2022 sur le CDM Dernières procédures actualisées et diffusées au sein de l'EHPAD Repotel Voisins : sac d'urgence, dotation pour besoins urgents, gestion des TIAC, gestion des stupéfiants, prévention et conduite à tenir en cas de chute, signaux d'alerte et conduite à tenir en cas de fausse route ; Attestations de formation du personnel aux nouvelles procédures Procédure de l'accompagnement de fin de vie et justificatifs de formation Traçabilité de la prise en charge de la douleur.	PRESCRIPTION 3 MAINTENUE 6 mois
----------	--------------	---	--	-----	----	---	---	--	--	---------------------------------------

								nouvelles procédures mises en place. Les protocoles de PEC de la douleur et de l'accompagnement de la fin de vie font partie de cette liste de documents en cours d'élaboration.		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

2.4.2. Prescriptions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	7	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	1.4	14	A	L'établissement doit piloter une démarche d'amélioration de la qualité avec un plan effectivement suivi et régulièrement évalué, et l'inscription des actions engagées dans le rapport d'activité annuel de l'établissement.	Nous formalisons un Programme d'Actions Qualité (PAQ), revu annuellement suite à un bilan réalisé par le service qualité Repotel et établi selon les orientations stratégiques de la Politique Qualité, Gestion des Risques définie dans la Politique du réseau Repotel. Le PAQ 2024 a été construit conformément au Programme Qualité, Gestion des risques 2024 validé en Comité de Pilotage Qualité le 16 février 2024. Ce PAQ comporte (voir pièce jointe : PAQ 2024, version juin) :- les actions issues du Pilotage stratégique de la démarche qualité (source = programme QGDR)- les actions d'évaluations des pratiques planifiées sur l'année selon le programme défini en lien avec la Directrice des Soins Repotel (source = programme d'audits, enquêtes et évaluations)- les actions issues des FEI, EIG et analyses de causes sur les incidents signalés (source = analyse de cause ou analyse EIG/EIAS s'il s'agit d'incidents ayant fait l'objet de déclaration)- les actions correctrices issues du traitement des plaintes et réclamations (source = action correctrice plainte avec origine de l'action)- les actions correctrices identifiées suite à l'évaluation des pratiques, enquêtes et audits (source = Evaluation des Pratiques Professionnelles) - les actions issues du suivi des décisions d'inspections (source = suivi inspection/contrôle + date du contrôle) - les actions issues du déploiement du CPOM (source = CPOM + dates). Le programme d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge est bien intégré dans notre PAQ et constitue, également, l'un des 5 piliers de notre démarche Qualité, Gestion des Risque (voir bilan d'activité QGDR en pièce jointe). Les pilotes des actions sont identifiés parmi les membres du COPIL Qualité ainsi que les échéances prévues (donnée variable selon aléas du déploiement). Les pilotes sont chargés du déploiement des actions identifiées. Le PAQ est actualisé, a minima, 1 fois par trimestre lors des COPIL Qualité et autant que nécessaire un cas de nécessité.	Il est pris acte par la mission du programme QGDR 2024 (actualisé au mois de juin) ainsi que du rapport d'activité QGDR 2023. Il est cependant constaté qu'à la date de juin 2024 le programme QGDR 2024 transmis est incomplet au regard du suivi des thèmes ou actions d'amélioration (43 items non renseignés) et de l'identification du responsable de la réalisation de l'action (29 items non renseignés), ce qui ne répond pas aux attentes de la prescription. La mission souligne en outre, que les données afférentes au bilan annuel EI 2023 doivent figurer dans le rapport d'activité annuel de l'établissement.	Article L312-8 et D312-203 et 2024 du CASF	Prescription maintenue Délai : 2 mois
----------	--------------	---	--	-----	----	---	--	--	--	--	--

2.4.3. *Éléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024*

L'établissement a adressé son plan d'amélioration de la qualité actualisé à novembre 2024 ; l'état d'avancement a atteint les 70%. Ce plan est actualisé à minima une fois par trimestre, lors des COPIL qualité animés par la responsable qualité du réseau.

Est en outre, établi un rapport d'activité annuel portant sur les actions qualité (a été transmis, celui de l'année 2023), qui présente un point détaillé des 5 piliers de la démarche QGDR (la maîtrise de la gestion documentaire ; l'évaluation des pratiques ; le développement de la culture qualité/ sécurité au sein de l'établissement ; le déploiement des démarches projets ; la gestion des risques) , ainsi qu'un bilan annuel des FEI , avec les catégories d'incidents signalés et les événements graves.

2.4.4. *Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025*

Il ressort des entretiens conduits, qu'il est fait un point d'avancée du PAQ à chaque COPIL Qualité. La dernière réunion du COPIL s'est tenue en décembre 2024 et le prochain est prévu en février 2025. La responsable qualité du siège vient en appui pour la rédaction du PAQ et des procédures.

L'EHPAD ne dispose pas d'un référent qualité. Des « responsables-entités » en charge de la réalisation de l'action sont identifiés, sans pour autant de personne nommément désignée.

Remarque 14 : Toutes les actions inscrites dans le PAQ ne sont pas suivies par une personne référente, nommément désignée.

2.5. Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables (1.5)

2.5.1. Prescriptions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	8	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5	15	A	La direction doit conduire une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance (par ex. : plan de formation, auto-évaluation, désignation d'un référent, groupe d'analyse des pratiques).	Nous avons organisé deux réunions de sensibilisation sur la bientraitance via notre psychologue, référente bientraitance et notre IDER le 27 juin et le 15 juillet 2024 (Cf. Feuilles d'émargement). Nous avons organisé deux réunions de sensibilisation sur la bientraitance via notre psychologue, référente bientraitance et notre IDER le 27 juin et le 15 juillet 2024 (Cf. Feuilles d'émargement). Nous avons réalisé deux sessions de formation auprès des professionnels sur le thème des droits des patients (voir feuilles émargement). Une journée dédiée à la bientraitance le 22 mai 2024 a été organisée avec l'ensemble des EHPAD du réseau Repotel. Cet événement avait pour objectif d'ancrer une culture commune sur la bientraitance et de partager les bonnes pratiques déjà existantes au sein de nos EHPAD. Sous un format participatif, les équipes du réseau ont échangé à travers des ateliers thématiques afin de consolider une stratégie partagée au sein de notre réseau. L'établissement a indiqué par courriel du 6 septembre 2024, que deux nouvelles sessions de formation sur la bientraitance étaient prévues les 30 septembre et 4 novembre 2024. Deux affiches de Clinalliance EHPAD Repotel montrent leur engagement en vue de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance.	Il est relevé par la mission, une insuffisante formalisation des comptes rendus des réunions organisées sur la thématique et du contenu des sessions de formation. Il n'a pas été communiqué le nom du référent, et aucune auto-évaluation de l'établissement sur la bientraitance n'a été produite.	Articles L.119-1 et L.311-3 du CASF Recommandations de la HAS dans son guide de 2008 « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »	Prescription maintenue, dans l'attente de la communication du nom du référent bientraitance et de l'auto-évaluation conduite sur la bientraitance. Délai : 2 mois
----------	--------------	---	--	-----	----	---	--	--	--	---	---

LD2/2024	Prescription	9	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5	15	A & S (GDR)	L'établissement doit : A) déclarer tous les EIG et dysfonctionnements graves à l'ARS et au Conseil départemental, en fiabiliser la procédure, les analyser et les traiter ; B) former tous les professionnels aux modalités d'identification, et de signalement des événements indésirables.	Nous avons déclaré ■ EIG/EIAS depuis le début de l'année 2024 : ■ incidents en janvier (■) et ■ incident en juin ■ Il a également été réalisé 2 remontées événements graves auprès de ■ sur un incident survenu en janvier et un autre survenu en mars. Nous avons déclaré ■ EIG/EIAS depuis le début de l'année 2024 : ■ incidents en janvier ■ et ■ incident en juin ■ Il a également été réalisé 2 remontées événements graves auprès de ■ sur un incident survenu en janvier et un autre survenu en mars. Deux analyses des causes profondes ont également été réalisées depuis le mois de janvier. En 2023, nous avons remonté ■ EIG/EIAS et ■ signalements auprès de l'ONVS et avait réalisé 5 analyses de causes profondes. Le dispositif est fonctionnel. Les délais de déclaration sont assez longs car nous veillons à mettre en place, rapidement, des actions correctrices sur le terrain au regard des événements déclarés afin de pouvoir les valoriser dans les transmissions aux autorités de contrôle (délai de mise en place de sensibilisation / formation auprès du personnel, de rencontre avec les familles, de réunion avec les professionnels, délai d'enquête de circonstances si besoin, etc...). Concernant la formation des professionnels sur le circuit des FEI : elle est réalisée très régulièrement par la responsable qualité, sous forme de formations collectives ou de formation individuelles lors de nouveaux recrutements. En 2023, 35 personnes de l'établissement ont été formées aux démarches QGDR dont les FEI (voir bilan	Il est pris acte des réponses de l'établissement, qui pourront être vérifiées lors d'une prochaine visite.	Article L331-8-1 du CASF	Prescription retirée
----------	--------------	---	--	-----	----	----------------	---	--	---	--------------------------	----------------------

								d'activité QGDR). Depuis le début de l'année 2024, 12 personnes ont été formées à [REDACTED] FEI (formation visio le 22 mars 2024 auprès de la nouvelle adjointe de Direction et formation le 26 avril 2024 auprès de 11 personnes). Nous vous communiquons les feuilles d'émargement.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.5.2. **Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024**

Prescription N°8 : L'établissement a transmis les attestations de présence à une formation bientraitance de 5 cadres (formation ayant eu lieu le 30 septembre 2024) et de 10 aides-soignantes (formation qui s'est tenue le 4 novembre 2024).

Deux référentes bientraitance ont été désignées au sein de l'EHPAD, à savoir la psychologue et l'infirmière référente (cf. note en date du 17 mai 2024 précisant également leurs missions).

En outre, un audit sur la sensibilisation à la bientraitance, piloté par la psychologue, a été réalisé début décembre 2024. Il s'agit là d'une auto-évaluation des équipes à travers la grille de questionnaire CEPPRAL : les professionnels s'interrogent sur leurs habitudes et vérifient également leurs réactions face à des situations potentielles de maltraitance. Cet exercice leur permet de réfléchir à leurs pratiques et d'identifier les domaines nécessitant une vigilance accrue pour prévenir tout acte de maltraitance. La variété des questions permet de se questionner sur plusieurs aspects tels que : le comportement des soignant, le respect des droits des résidents et de leur dignité ou les potentiels problèmes institutionnels.

L'analyse de ces résultats permettra de mettre en place, si nécessaire, des mesures de prévention afin de respecter le bien-être et la dignité des résidents.

2.5.3. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Prescription N°8 : Selon les entretiens menés, la bientraitance est promue au sein du groupe (formation des cadres) et déployée au sein des établissements. A été élaboré un fascicule « Notre politique bientraitance » et la charte bientraitance est affichée dans l'ascenseur et dans la salle du personnel.

La désignation de deux référents bientraitance- et non d'un seul - se veut complémentaire au niveau du volet soins.

Des formations internes sont dispensées aux aides-soignantes (définition de la bientraitance ; comment réagir ? ; topo sur les outils – charte ; déclaration événement indésirable ; co-construction du PVI ; actions contre la douleur ; mises en situation- mauvaises pratiques ...). Elles donnent lieu à émargement, mais aucun compte-rendu n'est établi.

Est inscrite dans le plan de développement des compétences 2025 (formations externes), une formation bientraitance obligatoire pour l'ensemble du personnel.,

Prescription N°9 :

Chaque fiche d'événement indésirable est inscrite dans [REDACTED] L'extraction FEI 2024 fait état de [REDACTED] FEI déclarées en 2024, dont [REDACTED] EIG. Sont notamment recensés dans ce tableau de suivi, la date de l'événement, l'EI signalé, l'action immédiate mise en place par le déclarant ; l'action de suivi mise en place par la direction ou le COPIL Qualité ; s'il s'agit d'un EIG ou non ; date de déclaration à l'ARS.

En cas de baisse de signalement de FEI, un rappel aux fins de déclarer est fait auprès des professionnels. La direction insiste sur la sensibilisation et le signalement (qui n'est pas punitif).

Trois EIG ont été déclarés à l'ARS ([REDACTED] – le 31 janvier 2024 ; [REDACTED] - le 10 juin 2024 ; [REDACTED] - le 7 septembre 2024). Ils ont donné lieu à RETEX.

Sont inscrites dans le PAQ, l'analyse des FEI, avec les thèmes, les actions d'amélioration, le responsable de la réalisation de l'action, la date de mise en place prévue.

2.6. Fonctions support-Gestion des RH (2.1)

2.6.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

LD1/2022	Prescription	1	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	2.1	21	A	Constituer une équipe pluridisciplinaire en adéquation avec les besoins des résidents et stabiliser l'équipe soignante afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers: mettre en œuvre un processus de recrutement actif des personnels manquants afin de pourvoir les postes vacants ([REDACTED] ETP) et stabiliser l'équipe soignante, justifier le renfort du temps médical dédié à la prise en charge des résidents (médecin prescripteur).	Un pool de comités a été créé: Comité de suivi médical Comité de suivi des soins Comité de suivi des plaies et escarres Comité de suivi des contentions et chutes Comité de suivi nutritionnel Toutes nos offres d'emplois sont diffusées sur des sites de recrutement [REDACTED] Nous cherchons toujours à remplacer les postes vacants et faisons appel à des professionnels en intérim si besoin. Nous travaillons activement avec 2 cabinets de recrutement spécialistes du secteur. Une évolution au sein du réseau d'EHPAD REPOTEL a été mise en place pour permettre une évolution salariale supérieure à notre convention collective pour fidéliser l'ensemble des professionnels. Nous travaillons également sur la formation, notamment pour l'accès au diplôme d'AS, afin de développer les compétences de nos salariés. L'EHPAD a développé l'alternance en interne en 2022, via le dispositif de Pro-A (art. L6324-1 du CT) pour les ASH qui souhaitent devenir aide-soignant : Une salariée est entrée en formation en septembre 2022. Pour 2023, projet de formation de 2 salariés via la Pro-A. Nous nous engageons à continuer cette politique de formation en utilisant les différents leviers possibles (apprentissage, Pro-A, VAE et CAE). Concernant le	Réponse insuffisante A transmettre : Composition des 5 comités avec le nom du référent, les CR à l'issue des réunions, liste du personnel recruté depuis novembre 2022 (et nombre d'ETP recrutés sur les [REDACTED] ETP manquants) et liste du personnel ayant quitté l'établissement contrat d'embauche du médecin prescripteur ainsi que le nombre de résidents pris en charge par ce médecin depuis son embauche	Articles : D. 312-155-0 II du CASF D.312-155-01 du CASF	PRESCRIPTION 1 MAINTENUE 1 mois
----------	--------------	---	--	-----	----	---	---	--	---	---	---------------------------------

							médecin prescripteur, nous avons pu bénéficier de ce dispositif en 2019 sur 2 EHPAD du réseau REPOTEL grâce à une subvention de l'ARS IDF. Les retours ont été très positifs. Compte tenu de la difficulté à retrouver des médecins traitants et afin d'avoir une présence médicale sur REPOTEL Voisins, nous avons recruté le [REDACTED] en décembre 2022.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.6.2. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	10	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	2.1	21	A	Les dossiers administratifs du personnel doivent comporter l'ensemble des pièces réglementairement obligatoires, dont la preuve de la vérification du casier judiciaire « B3 ».	Nous sommes en cours de finalisation de la vérification des dossiers administratifs. Selon la position de la CNIL, en cas de vérification du B3, « l'employeur ne peut pas en conserver une copie ni permettre que ces données fassent l'objet d'un traitement spécifique. La mention des vérifications des casiers effectuées dans le fichier de gestion du personnel sous la forme "oui/non" est suffisante ». https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/extrait-de-casier-judiciaire-lemployeur-peut-il-le-demander-et-le-conserver	La mission prend note des éléments de réponse. L'établissement ne fait pas état de la grille ou du document servant de base à la vérification du contenu des dossiers administratifs des professionnels.	Article L133-6 du CASF	Prescription retirée
----------	--------------	----	--	-----	----	---	---	--	--	------------------------	----------------------

2.6.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

La mission n'a pu constater l'existence que de 3 commissions au sein de l'établissement :

- Commission gériatrique
- Commission contention/chute
- Commission nutrition

Aucun des documents transmis ne permet de mettre en évidence la réelle existence des commissions suivantes nommées par l'établissement :

- Comité de suivi médical
- Comité de suivi des soins
- Comité de suivi des plaies et escarres

Remarque 15 : Contrairement aux dires de l'établissement, la mission n'a pu constater la mise en place de comités de suivi .

L'établissement a transmis trois comptes-rendus de la commission contention/ chute en date des 14 novembre 2024, 6 décembre 2024 et du 10 janvier 2025, soit une fois par mois. La commission réunit sur les 2 premières réunions seulement l'IDEC, quelques AS et l'ergothérapeute (pas d'IDE ni de MEDEC) puis en janvier, le MEDEC en visio, l'ergothérapeute, 1 IDE, IDEC, 4 AS, 1 IDE stagiaire. Les comptes rendus d'octobre et novembre contiennent la liste des résidents sous contention des mois d'octobre/novembre avec ■ résidents sous contention soit ■ de la totalité des résidents. L'ordre du jour est une analyse pluriprofessionnelle des risques de chutes mais sans compte rendu formalisé. L'IDE référente n'est jamais présente à ces réunions.

Pour janvier, une liste de prescriptions est à réaliser pour prévenir les chutes pour plusieurs résidents avec une liste détaillée des contentions à mettre en place.

L'établissement a également transmis trois comptes-rendus de la commission gériatrique. Cette commission bien que réunissant des intervenants pluridisciplinaires (médecins traitant, rééducateurs (kiné et ergo), IDE, IDER, IDEC, directrice des soins du groupe REPOTEL, directrice), ne semble pas être une commission gériatrique au sens du CASF. Si certains sujets abordés relèvent de la commission gériatrique (circuit du médicament, lien avec les médecins généralistes, vaccination, télémedecine), d'autres sujets relèvent d'avantage d'un comité de direction élargi. Par ailleurs, aucun des comptes rendus ne s'intéresse aux admissions des résidents, la cadre administratif/directrice adjointe/adjointe de direction n'est pas associée, et les contentions et les chutes ne sont pas non plus abordées.

Enfin, l'établissement a transmis les comptes-rendus de la commission nutrition qui se réunit une fois par mois, mais pas systématiquement avec les mêmes personnes. Le compte-rendu transmis ne permet pas de comprendre le travail réalisé par la commission, en effet il ne s'agit que d'une liste des items abordés sans détail des réflexions menées et des décisions actées avec les mesures à mettre en œuvre.

Le travail réalisé au sein des commissions et les réunions de service prête à confusion. Les commissions existantes sont utilisées pour partager des informations avec les équipes et faire des rappels sur les procédures plutôt que de réaliser de véritables démarches d'amélioration sur leur champ de compétences respectifs via un travail collaboratif des équipes.

Ce constat interroge d'autant plus qu'aucune information n'est précisée quant à la diffusion de ces informations. Lors de la visite l'IDEC a indiqué à la mission que les comptes rendus se trouvaient sur le réseau informatique de l'EHPAD et que chacun était libre de les consulter. Compte tenu de l'importance des informations transmises il est indispensable de s'assurer de la prise en compte des éléments par l'ensemble des personnels.

Remarque 16 : La finalité des commissions mises en place au sein de l'EHPAD n'est pas suffisamment définie et la mission ne peut s'assurer du mode de diffusion des informations auprès des personnels concernés.

2.7. Fonction support-Gestion d'informations (2.3)

2.7.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

LD1/2022	Prescription	4	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	2.3	23	S	Garantir la confidentialité des données des résidents et le respect du secret médical tel que prévu à l'article L. 1110-4 du CSP.	Le bureau contenant les dossiers est fermé à clé. L'armoire sécurisée contenant les dossiers médicaux est en cours d'achat.	A transmettre : Justificatif de l'achat de l'armoire sécurisée	PRESCRIPTION 4 MAINTENUE Délai immédiat
----------	--------------	---	---	-----	----	---	---	--	---	---

2.7.2. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	11	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	2.3	23	A	L'établissement doit tenir à jour le registre des entrées et des sorties.	Nous en prenons note. Nous avons omis d'enregistrer un résident sur notre registre en format papier. Nous avons intégré sur la dernière page du registre, l'identité du résident et sa date d'entrée / sortie. La page a été paraphé et signé par la mairie de Voisins. Nous vous transmettons le registre des entrées et sorties depuis votre inspection de fin janvier dernier.	Dont acte.	Article L.331-2 du CASF.	Prescription retirée
----------	--------------	----	---	-----	----	---	---	---	------------	--------------------------	----------------------

Le registre des entrées et des sorties est tenu à jour ; la dernière admission à titre définitif a été enregistrée le 30 décembre 2024.

2.7.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

Les dossiers médicaux des résidents en format papier sont classés dans une armoire fermée à clé située dans le poste de soins infirmier lui-même fermé à clé.

Le [REDACTED] est accessible sur place à partir des PC connectés et à distance via Internet pour une liste limitée d'utilisateurs autorisés (médecins traitants et cadre IDE).

La mission a demandé le jour de la visite sur site la création de connexions Internet distantes à [REDACTED] pour deux des inspecteurs : droits MedCo [REDACTED] et droits pharmacien [REDACTED]. Il a ainsi pu être vérifié que le 16/01/2025, la création de nouveaux profils ciblés par le prestataire [REDACTED] était simple et rapide, suite à la demande d'intervention formulée par l'IDEC.

La mission n'a pas d'information sur les conditions de continuité de la création de profils, notamment les WE et jours fériés.

Un accès générique à [REDACTED] (Id et mot de passe), qui permet la connexion en attendant la création d'un code personnalisé figure dans le cahier de transmission destiné aux IDE vacataires.
La session IDE sur le SI interne partagé est également protégée par un ID et un mot de passe spécifiques.

La liste des connexions à [REDACTED] pour la journée du 16/01/2025 a été transmise à la mission au décours de la visite. Ce jour-là, toutes les connexions sont nominatives sauf 3 sous l'id « IDE VACATAIRE » à 7h47, 14h48 et 19h35. L'utilisation de l'id « IDE VACATAIRE » est cependant fréquente (cf. annexes 14 et 15).

Le document « Matrice habilitation REPOTEL NETSOINS » a été transmis à la mission. Plusieurs anomalies de configuration peuvent être identifiées (cf. tableau 12), dont notamment en ce qui concerne le respect du secret partagé par l'équipe soignante :

- La possibilité pour les ASH de créer des plans de soins, de signer des soins et de signer des soins AS
- La possibilité pour l'IDEC, les IDE et la secrétaire médicale de créer et modifier des prescriptions, hors médicaments et spécialités.
- L'absence de possibilité pour les AS de saisir [REDACTED]
- La possibilité pour le MedCo de signer des soins IDE.
- La possibilité pour la direction et les animateurs de créer des entrées médicales dans le PPI (ici « épilepsie »).

Ecart 13. : Plusieurs anomalies de configuration des habilitations [REDACTED] ont été identifiées, dont notamment en ce qui concerne l'absence de respect du secret partagé par l'équipe de soins, la possibilité pour les IDE et cadre IDE de créer ou modifier les prescriptions médicales, la possibilité pour les ASH de créer des plans de soins et de signer des soins et la possibilité pour la direction et les animateurs de créer des entrées médicales dans le PPI (ici « épilepsie »). Réf. : Articles L1110-4 et 12 CSP.²⁰

Tableau 12 : Extrait du document « Matrice habilitation REPOTEL »
suivante. ». Plusieurs anomalies de configuration peuvent être identifiées, et sont indiquées selon la légende

	Habilitation ne posant pas de problème
	Habilitation discutable ou indue
	Absence d'habilitation discutable ou indue

Libellé	Médical Prescriptions Créer	Médical Prescriptions Modifier	Médical Prescriptions de	Médical Prescriptions de	Médical - Médicaments Créer	Médical - Médicaments Modifier	Médical - Biologie Créer	Médical - Contentions Créer	Paramédical Diététique Créer	Soin DOLOPLUS2 Créer	Soin Bilan Kiné Créer	Soin Plans de soins Créer	Soin Plans de soins IDE Créer	Soin Signature de soins AS Écrire	Soin Signature AS Écrire	Soin Signature IDE Écrire	Projet personnalisé Épilepsie Créer
---------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------------------------

²⁰ Article L.1110-4 du CSP : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.... » Article L.1110-12 du CSP : « Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui : 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ; 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ; 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

			spécialités Créer	spécialités Modifier														
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

2.8. Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (3.1)

2.8.1. Prescription retirée le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

LD1/2022	Prescription	10	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1	31	A	Mettre en place les outils de la loi 2002-2 : actualiser et afficher la liste des personnes qualifiées, établir un projet d'établissement définissant notamment : o le projet médical et de soins, o la politique de prise en charge médicamenteuse (en y associant le pharmacien dispensateur) o les objectifs des différents modes d'accueil ainsi que les modalités d'évaluation des activités et la qualité des prestations. s'assurer que l'ensemble des documents contractuels soient signés par les résidents (contrat de séjour, règlement de fonctionnement),	Affichage de la liste des personnes qualifiées (PJ) Mise à jour du contrat de séjour et du livret d'accueil en janvier 2023, conformément au décret de la transparence financière (PJ)	Il est pris acte de : L'actualisation et de l'affichage de la liste des personnes qualifiées De l'actualisation des documents d'information des résidents. Le projet d'établissement sera à transmettre dans le délai accordé dans la lettre d'intention.	PRESCRIPTION 10 LEVEE
----------	--------------	----	---	-----	----	---	--	---	---	--------------------------

2.8.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

La dernière liste actualisée des personnes qualifiées est bien affichée au sein de l'EHPAD.

Le contrat de séjour a été actualisé.

L'établissement a élaboré son nouveau projet d'établissement 2024-2029 qui a été transmis aux autorités de contrôle et de tarification le 6 décembre 2024.

2.9. Prise en charge-Vie sociale et relationnelle (3.3)

2.9.1. Prescription retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	12	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	3.3	33	S	Les activités proposées doivent être adaptées aux résidents ayant un début de démence type Alzheimer.	Nous proposons aux résidents identifiés comme ayant un début de démence, des activités dédiées animées par les thérapeutes (psychologue et ergothérapeute).	Il est pris note des deux ateliers mis en place (l'atelier mémoire le vendredi matin et l'atelier revue de presse le mercredi matin). Ils pourraient utilement être complétés par d'autres activités ou thématiques. Par ailleurs, l'établissement doit s'assurer que le personnel encadrant l'activité puisse faire un retour en réunion pluridisciplinaire sur la participation active ou non de chaque résident.	Article L311-3 du CASF (prise en charge et accompagnement de qualité).	Prescription retirée
----------	--------------	----	--	-----	----	---	---	---	---	--	----------------------

2.9.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

L'établissement a transmis les comptes-rendus de la commission animation, qui traitent des thèmes abordés et des actions décidées. Des groupes de paroles sont toujours proposés par la psychologue. Le matin est surtout consacré aux activités calmes (gym douce ; revue de presse et jeux de société) ; l'après-midi est plutôt réservée à des activités plus dynamiques (loto, chant, pétanque).

Il est évoqué les actions en lien avec l'ergothérapeute ainsi que la psychologue.

D'après les informations recueillies, le personnel fait un retour en réunion pluridisciplinaire au nom des résidents.

2.10. Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement (3.8)

2.10.1. Prescriptions notifiées et retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	15	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	3.4	34	A	L'établissement doit former le personnel de nuit à la bonne utilisation des protections et assurer le suivi de la gestion des stocks.	Les équipes de nuit ont été formées à la bonne utilisation et au suivi des stocks par notre prestataire [REDACTED] (Voir feuilles émargement).	Les équipes de nuit ont été formées en interne sur les protections, mais non sur le suivi des stocks.	Article L.311-3 1° du CASF.	Prescription maintenue, dans l'attente de la transmission d'une procédure de gestion des stocks de protections et du contenu de la formation par [REDACTED]. Délai : 2 mois
----------	--------------	----	---	-----	----	---	---	--	---	-----------------------------	---

LD2/2024	Prescription	14	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	3.4	34	S	Les toilettes doivent être réalisées de façon effective selon le planning établi et être tracées.	Nous en prenons note.		Article L.311-3,1° du CASF.	Prescription maintenue, dans l'attente de justificatif de réalisation, et de traçabilité des toilettes conformément au planning établi. Délai :2 mois
LD2/2024	Prescription	13	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	3.4	34	A	Une collation de nuit doit être proposée systématiquement aux résidents.	Nous avons mis en place la collation de nuit proposée systématiquement à tous les résidents. Elle est planifiée dans le plan de soins. Un rappel auprès des soignants de nuit a été réalisé le 28 juin et le 1er juillet.	Dont acte, au regard des pièces transmises.	Annexe 2-3-1 III 2° du CASF	Prescription retirée

2.10.2. **Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024**

Prescription 15 : L'établissement a transmis les comptes-rendus de deux réunions d'information sur les protections ■■■■■ (décembre 2023 et janvier 2024), animées par ■■■■■ (choix de la protection ; de la taille ; de l'absorption ; causes possibles des fuites ; techniques de pose ; mise à jour des protocoles). Les feuilles d'émargement ne sont pas jointes.

Une procédure de gestion des stocks de protections datée du 27/11/24 a été fournie.

Prescription 14 : Cinq comptes-rendus de réunions d'équipes animées par la directrice ou l'adjointe de direction abordent l'importance de tracer en temps réel la réalisation des toilettes. Il a été transmis les historiques des traçabilités des toilettes des mois de septembre, octobre et novembre 2024.

Prescription 13 : Ont été transmis les historiques des traçabilités de distribution des collations de nuit du 1^{er} au 15 juillet 2024, ainsi que des comptes-rendus de réunions animées par l'IDEC en présence des AS de nuit, pour un rappel sur la distribution des collations de nuit et l'hydratation des résidents.

2.10.3. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Prescription 15 : L'établissement dispose de trois lieux de stockages des protections. La réserve principale est située au sous-sol. Le jour de l'inspection, elle n'est pas fermée à clé. Les chariots de nursing sont achalandés de protections. A la lecture des classeurs de soins, des fiches de dotations de protections précisent pour chaque résident le type de protections et la fréquence des changes à effectuer dans la journée. L'IDEC a su expliquer l'organisation en place pour la gestion des stocks des protections.

Les factures 2024 transmises ont permis de constater une dépense de ■■■■■ pour les protections.

La mission note que la dépense prévisionnelle de protections (EPRD) est de ■■■■■ pour ■■■■■ lits autorisés. Or, le nombre de résidents présents au sein de l'EHPAD est bien inférieur (■■■■■ le 16 janvier 2025). Ce constat appuie la nécessité de la sécurisation des portes des salles de stockage et rend le suivi de la procédure indispensable.

Remarque 17 : Les salles de stockage des protections ne sont pas fermées à clé et le suivi de la gestion des stocks n'est pas pleinement assuré.

Prescription 14 : A la lecture des historiques des traçabilités des toilettes, la mission observe à plusieurs reprises que des soins du matin et du soir ne sont pas tracés en temps réel mais en fin d'après-midi. Il apparaît que cinq professionnels tracent des soins sous le statut d'« agent hôtelier».

Ecart 14. : Les toilettes effectuées ne sont pas tracées en temps réel et les professionnels ne sont pas identifiés conformément à leur fonction (un aide-soignant ne doit pas être noté agent hôtelier), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3-1^{er} du CASF.²¹

Prescription 13 : Selon les informations recueillies, une collation de nuit est proposée aux résidents. Les collations seraient stockées à l'infirmerie.

²¹ Article L.311-3 1° du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... »

2.11. Prise en charge-Soins (3.8)

2.11.1. Prescriptions notifiées le 5 juillet 2023 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2022

LD1/2022	Prescription	2	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Mettre en place une organisation garantissant une prise en charge de qualité et sécurisée des résidents: 1) Traçabilité : renforcer la traçabilité systématique des soins en temps réel et de manière exhaustive par les IDE et les AS/AES/AMP organiser un temps de transmissions sur les plannings entre l'équipe de nuit et de jour et tracer les transmissions individuelles, garantir les conditions matérielles permettant la traçabilité des soins réalisés et la continuité de la prise en charge de tous les résidents, rédiger une procédure pour un fonctionnement en mode dégradé, dans l'attente de la résolution des dysfonctionnements informatiques (tablettes pour l'accès à [REDACTED] sensibiliser les prescripteurs à la nécessité d'utiliser l'outil de prescription informatisée. 2) Responsabilités : Rédiger un protocole formalisé pour l'aide à la prise des médicaments par les AS et former et évaluer les professionnels concernés et établir et actualiser la liste du personnel habilité à administrer les médicaments, le cas échéant par délégation, Mettre en place une organisation permettant aux AS d'exercer sous la responsabilité de l'IDE. 3) Prise en charge et suivi des résidents s'assurer que chaque résident dispose d'un médecin traitant formaliser et actualiser les projets personnalisés, a minima annuellement, faire bénéficier l'ensemble des résidents d'un suivi mensuel par l'équipe pluridisciplinaire, justifié par la rédaction d'un compte-rendu, mettre en place un suivi régulier de l'état de nutrition des résidents, Formaliser une procédure de gestion des contentions mettre en place une organisation pour répondre aux besoins éventuels des résidents 24h/24, 7 jours/7 (ex. matelas à air alternating). 4). Sécurité rechercher une organisation effective en vue d'assurer la sécurité des résidents jour et nuit et dans l'attente de la mise en place d'un système d'appel fonctionnel.	Nombreuses actions mises en place à l'arrivée de la nouvelle IDEC en vue d'assurer une PEC plus sécurisée de nos résidents. Audit de traçabilité réalisé le 3 avril 2023 en lien avec l'IDEC. Suivi périodique d'indicateurs cibles en cours de déploiement sur le réseau REPOTEL (traçabilité des soins, des prescriptions, escarres, douleurs, contentions, poids, chutes. Plannings en cours de révision pour assurer le temps de transmission nécessaires entre les équipes nuit-jour. Actuellement, ordinateurs fixes pour les IDE et les AS, et 6 tablettes avec un accès à [REDACTED] Nous projetons d'avoir 1 tablette/AS, IDE et psychomotricien. La procédure de fonctionnement en mode dégradé existe depuis juillet 2019 et a été réalisée par le [REDACTED] du réseau REPOTEL (Cf. PJ). Commission gériatrique programmée le 6 juin 2023 afin de sensibiliser à l'importance de la prescription médicamenteuse. Un manuel Qualité relatif à la PECM est en cours d'élaboration. Une réflexion est menée sur la formation des AS à l'aide à la prise des médicaments. Tous nos résidents disposent d'un médecin traitant. Une psychologue a rejoint notre équipe le [REDACTED] avec pour mission prioritaire le travail sur les projets personnalisés en concertation avec les équipes. Elle a été formée par la psychologue de [REDACTED]. Une animatrice a été recrutée [REDACTED]. Changement du prestataire d'appel-malades fin novembre : choix du dispositif [REDACTED]	Réponse insuffisante :A transmettre :audit de traçabilité du 3 avril 2023 dernier suivi des indicateurs cibles planning du mois de mai 2023 factures d'achat du matériel nouvellement acquis (tablettes) copie d'un kit papier prévu aux étapes 2 et 3 de la procédure de fonctionnement en mode dégradé compte-rendu de la commission gériatrique du 6 juin 2023 contrats d'embauche et diplôme de la psychologue et contrat d'embauche de l'animatrice justificatif de traçabilité de la pesée bimensuelle des résidents dernier bilan d'albuminémie réalisé début mars justificatifs de la traçabilité du suivi des contentions et procédure dernier compte-rendu du comité de suivi des plaies et escarres et justificatifs de la traçabilité du suivi des plaies et escarres organisation mise en place pour répondre aux besoins éventuels des résidents 24h/24, 7 jours/7 (ex. matelas à air alternating) tableau de suivi traçant la date de formalisation et réévaluation des PP de l'ensemble des résidents Il est pris acte de la convention passée avec le prestataire d'appel-malades	PRESCRIPTION 2 MAINTENUE sur les points 1) Immédiat 2) 2 mois et 3) 6 mois
----------	--------------	---	--------------------------------------	-----	----	---	--	--	---	--

LD1/2022	Prescription	5	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Etablir et adresser annuellement un RAMA retraçant et analysant, notamment, la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.	Le RAMA 2022 est plus complet et d'avantage détaillé que celui de 2021. Il est joint à notre ERRD 2022 (PJ)	A transmettre : Extrait du RAMA 2022 relatif l'analyse de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.	PRESCRIPTION 5 MAINTENUE 9 mois
LD1/2022	Prescription	6	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Sécuriser le circuit des médicaments au regard de la réglementation et des recommandations ANSM et OMEDIT :1)-en respectant la réglementation relative au stockage des substances vénéneuses,- en apportant une vigilance au suivi de la température du réfrigérateur en communiquant les originaux des prescriptions à la pharmacie dispensatrice, en établissant une traçabilité du contrôle des piluliers, en établissant la liste du personnel habilité à administrer les médicaments, le cas échéant par délégation, désigner un/une référent(e) pour la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD et adapter le cas échéant sa fiche de poste.2) établir une liste préférentielle de médicaments adaptée aux besoins de l'EHPAD en établissant la liste des médicaments pour besoins urgents, en établissant la liste de dotation (stock tampon) réévaluée selon une fréquence prévue par la procédure Sécuriser la trousse d'urgence.3) en intégrant dans le prochain projet d'établissement une politique de sécurisation du médicament ;en associant le pharmacien dispensateur en complétant la procédure circuit du médicament sur l'adaptation des traitements pour les résidents à risques. Établir et actualiser la liste du personnel habilité à administrer les médicaments, le cas échéant par délégation, garantir une identitévigilance de qualité tout au long du circuit du médicament afin de garantir la sécurité des résidents (mettre à jour les documents supports à disposition du personnel).	Nous avons bien pris note de l'ensemble des actions à mettre en place, elles ont été intégrées dans notre PACQ 2023 de l'établissement.	Réponse insuffisante A transmettre : fiches de traçabilité des relevés de température du réfrigérateur depuis janvier 2023 fiches de traçabilité du contrôle des piluliers depuis janvier 2023 liste du personnel habilité à administrer les médicaments, le cas échéant par délégation, Désignation officielle et fiche de poste modifiée de la personne concernée pour la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD PACQ 2023 Copie de la liste préférentielle et actualisée des médicaments utilisés au sein de l'ehpad Copie de la liste et quantités des médicaments pour besoins urgents Copie de la liste de dotation (stock tampon)Modalités de sécurisation de la trousse d'urgence procédure CDM	PRESCRIPTION 6 MAINTENUE 1) Immédiat 2) 2 mois 3) 6 mois
LD1/2022	Prescription	8	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Mettre en place un suivi de la maintenance du défibrillateur.	Outil en cours de formalisation pour suivre les maintenances des appareils médicaux. Défibrillateur acheté en mars 2021 ; dans le cadre du contrat avec [REDACTED] la visite de maintenance préventive est prévue tous les 3 ans à date anniversaire (soit mars 2024)	A transmettre : Contrat de maintenance [REDACTED]	PRESCRIPTION 8 MAINTENUE 1 mois

2.11.2. Prescriptions retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	16	3.8-Prise en charge-Soins	3.8	38	S	L'accès à la trousse d'urgence doit être sécurisé, ses utilisations et contrôles tracés. Sa vérification après utilisation doit être réalisée et le scellé posé.	Nous vous transmettons la preuve de vérification et de traçabilité de la trousse d'urgence depuis votre inspection.	La mission relève que les listes de dotation stock tampon et d'urgence sont vérifiées mensuellement et après chaque utilisation.	Article R. 5126-109 du CSP- Par ex. en p.4 du doc au lien suivant : http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7889.pdf . Ou encore p.3 de la reco HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf Procédure « sac d'urgence » PRC-MED-007 du 17/03/2023	Prescription retirée
LD2/2024	Prescription	17	3.8-Prise en charge-Soins	3.8	38	S	La direction doit transmettre les ordonnances originales à la pharmacie.	Nous en prenons note. Nous nous sommes rapprochés de la pharmacie [REDACTED] (voir mail).	La mission prend note de la mise en place à compter du 1er juillet 2024, d'une nouvelle organisation concernant la remise des ordonnances originales à la pharmacie (mail du 12 juillet 2024 de l'IDEC).	Arrêté du 26 février 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5125-5 du code de la santé publique	Prescription retirée

2.11.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

Traçabilité des soins

La mission a pu vérifier sur place et via ses connexions à [REDACTED] que les soins étaient tracés. La traçabilité fait l'objet d'un suivi par l'encadrement IDE (cadre IDE et IDER). L'établissement dispose d'indicateurs de pilotage concernant l'utilisation de [REDACTED] (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Extrait du document « netsoins_tableau_de_bord_2025_01_16_16_22_29 », onglet « tableau de bord qualité » téléchargé le 16/01/2025.

Indicateur	REPOTEL VOISINS
Qualité	
Médical	
Nombre de connexions des intervenants	46
Couverture de prescription en %	1,69
Nombre d'observations	25
Soins	
Nombre de transmissions	476
Couverture des soins en %	100

Utilisation de tablettes

L'utilisation de tablettes pour la traçabilité de la distribution et de l'administration des médicaments est affichée comme étant devenue la règle (cf. figure 30).

Cependant, une étude ciblée de la traçabilité de l'administration des traitements antiparkinsoniens montre que tel n'est pas le cas, cf. écart 5 supra :

- Seulement █ % des enregistrements de l'administration sont effectués directement sur tablette ;
- L'enregistrement est fait dans la très grande majorité à distance de l'heure prévue █ sauf pour les prises prescrites à 20h00 où il est systématiquement anticipé (█).

En pratique, au-delà et avant l'enregistrement et la validation des administrations, les tablettes sont utilisées pour une dernière vérification du contenu des escargots et pour la distribution des conditionnements « hors escargots ».

Remarque 18 : Seuls █ % des enregistrements de l'administration des médicaments antiparkinsoniens sont effectués directement sur tablette. Contrairement à ce que l'établissement déclare, l'utilisation des tablettes n'est pas généralisée.

Procédure de fonctionnement en mode informatique dégradé

Une procédure permet d'assurer la continuité du suivi des soins en cas de panne informatique (cf. figure 31). L'opérationnalité de la solution papier à utiliser en mode dégradé n'a pas été vérifiée.

La mission a pu vérifier, lors du suivi de la distribution des médicaments qu'elle a effectué le matin, que l'IDE qui assurait la distribution et l'administration disposait bien, en plus de la tablette reliée au █ d'un classeur avec pour chaque résident les copies des ordonnances qui le concernent.

Figure 30 : Tablette utilisée pour la distribution et la traçabilité de l'administration des médicaments, & « escargot » correspondant au traitement quotidien en forme solide.

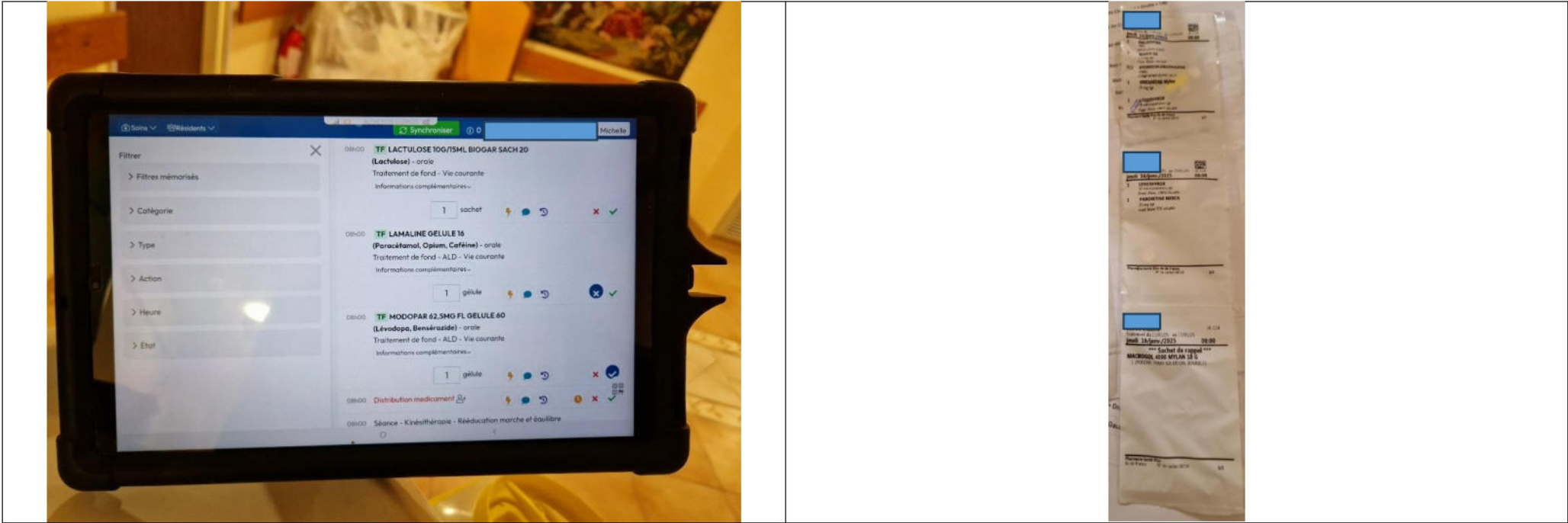
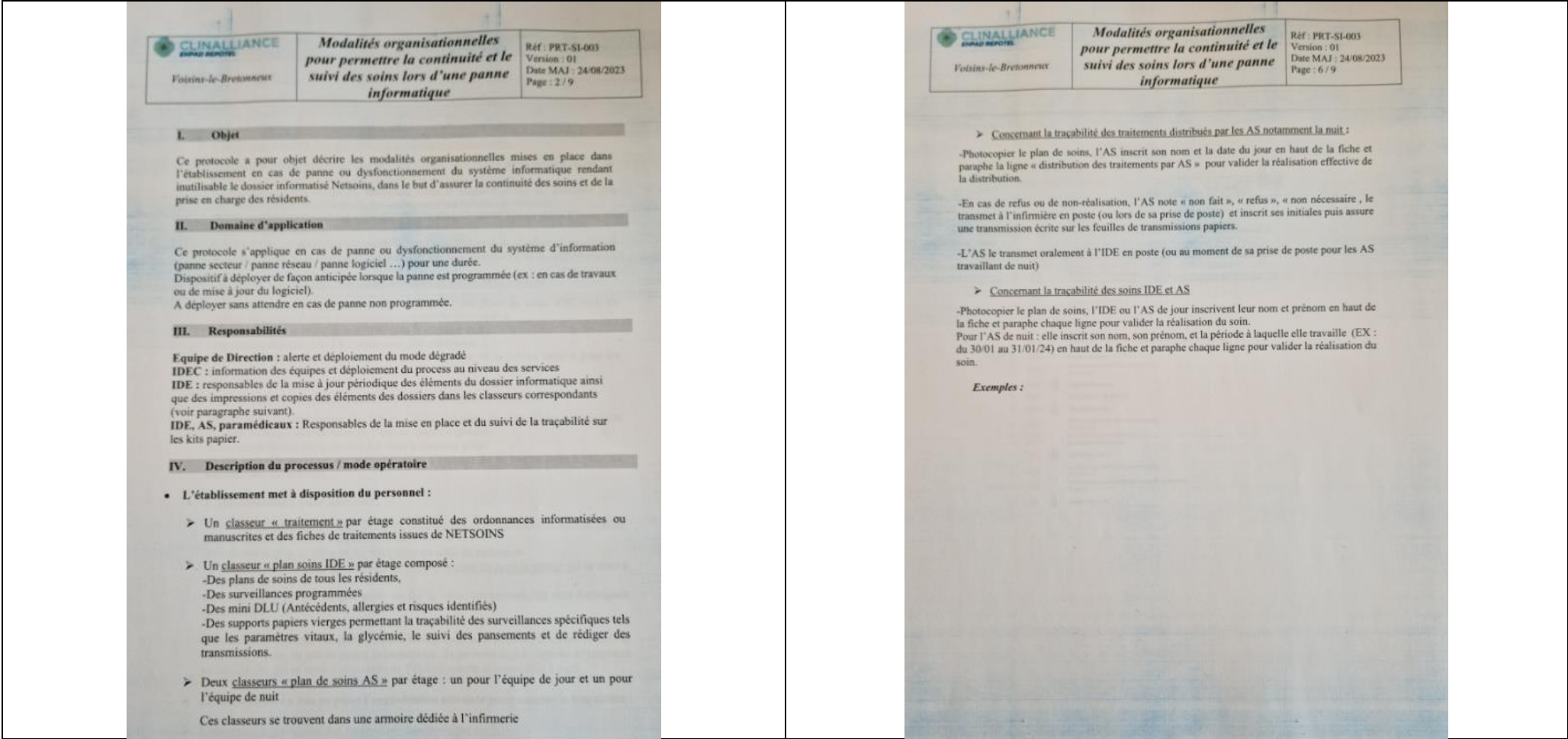


Figure 31 : Extrait de la procédure qui permet d'assurer la continuité du suivi des soins en cas de panne informatique



Commission gériatrique

Les comptes rendus des 3 dernières commissions gériatriques des 06/10/2023, 25/06/2024, et 12/12/2024 ont été transmis, cf. tableau 2 supra.
Un seul médecin est présent à chaque commission : le MedCo en titre à l'époque pour celle du 06/10/2023, le médecin prescripteur pour les 2 autres.

Pesées et dosages d'albuminémie

Les pesées et dosage d'albuminémie sont régulièrement suivis, au moins depuis la prise de fonction du TéléMedCo, mais dans plusieurs cas avec absence de détermination de l'IMC (cf. annexe 10 et figure 12) et absence de qualification du statut nutritionnel. Cf écart 2 supra.

Traçabilité du suivi des contentions

Les contentions sont prescrites par le médecin prescripteur pour des durées limitées et font l'objet d'un suivi spécifique.

Compte-rendu du comité de suivi des plaies et escarres

Un compte rendu de la réunion « plaies et cicatrisation » organisée le 10/01/2025 a été transmis à la mission.
Le suivi des pansements et des risques d'escarres est effectif (cf. figure 16).

Prévention des escarres

L'établissement dispose d'une marge de manœuvre de matériels anti-escarre.

Analyse de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.

Le RAMA 2023 n'a pas été établi, cf. écarts n°3 et 4 supra.

Fiches de traçabilité des relevés de température du réfrigérateur et fiches de traçabilité du contrôle des piluliers.

L'existence de ces documents a été vérifiée sur place.

Liste du personnel habilité à administrer les médicaments, le cas échéant par délégation,

Le document « Fiche de tâches heureées_ AS_VLB » transmis à la mission ne mentionne pas de participation des AS à la prise en charge médicamenteuse, par délégation des IDE (cf. figures 32 et 33).

L'établissement a également indiqué :

« Nous disposons d'une fiche de tâches heureées pour les aides-soignantes. Nous travaillons sur une fiche dédiée pour les IDE et les ASH ».

Ce qui signifie que rien n'est prévu pour les AES/AMP.

Figure 32 : Extrait du document « Fiche de tâches heurées_ AS_VLB »

- Au moment de la toilette : -Apporter votre aide (partielle ou totale) aux résidents selon leurs capacités du jour, les consignes qui vous auront été indiquées au moment des transmissions ou dans le plan de soins du résident.
- Au moment du déjeuner servi entre 12h30 et 13h30 -Apporter votre aide (partielle ou totale) aux résidents en salle de restaurant ou en chambre selon leurs capacités du jour, les consignes qui vous auront été indiqués au moment des transmissions ou dans le plan de soins du résident.
- Au moment de la collation, servi entre 16h et 16h30 -Apporter votre aide (partielle ou totale) aux résidents en salle de restaurant ou en chambre selon leurs capacités du jour, les consignes qui vous auront été indiqués au moment des transmissions ou dans le plan de soins du résident.
- Au moment du diner servi entre 18h30 et 19h15 -Apporter votre aide (partielle ou totale) aux résidents en salle de restaurant ou en chambre selon leurs capacités du jour, les consignes qui vous auront été indiquées au moment des transmissions ou dans le plan de soins du résident. -Participer au débarrassage des tables et des plateaux en collaboration avec les ASH

Figure 33 : Journée-type d'une AS – décembre 2024, photographie réalisée sur place le 16/01/2025.

Journée type d'une Aide-Soignante

Abréviation

E. A. S	Aide Soignante 1er Etage
R. A. S	Aide Soignante Rez de chaussée

Matinée

08h05 - 08h15	Transmission IDE - AS
08h20 - 09h15	Aide au petit déjeuner
09h20 - 11h40	Soins Nursing
11h45 - 12h15	Transmission AS - IDE

Pause:

12h00 - 14h00	RAS2	EAS3	RAS3	
14h00 - 16h00	RAS1	EAS1	EAS2	RAS4

Aide au repas : Table thérapeutiques Voir roulement par secteur
Aide au repas : Chambres dans le classeur des AS

APRES-MIDI:

13h40 - 14h00

Mise des résidents à la sieste	RAS4- EAS2	EAS1
Salle d'animation	RAS1	

14h40

Lever des résidents de la sieste	RAS2	EAS3
Salle d'animation		RAS3

16h30

Servir le Gouter dans les chambres	Voir roulement par secteur dans le classeur des AS	
Servir le Gouter en salle d'animation		

17h00

S'occuper des résidents/couchers de 17h00	EAS1 - EAS2	EAS3
Faire les changes pour les résidents en Salle	RAS1 - RAS2	RAS3 - RAS4

SOIR

Aide au repas : Table thérapeutiques	Voir roulement par secteur dans le classeur des AS	
Aide au repas : Chambres		
Surveillance & Aide au repas : Restaurant		

A partir de 19h15

Faire transfert et aide au coucher des résidents selon les liste / AS	
19h40	Transmission à l'équipe de Nuit

Cadre de Santé Novembre/ D décembre 2024

La fiche de poste des AS mentionne exactement comme celle des AMP leur participation à la prise en charge médicamenteuse (figure 34).

Figure 34 : Extrait de la fiche de fonction des AS et AMP

FICHE DE FONCTION - AS - Aide Soignant(e)

Lien hiérarchique

Direction de l'établissement > Médecin Coordonnateur > Infirmier Coordinateur > Infirmier

Missions générales

L'Aide Soignant (AS) a pour mission de veiller au bien être des résidents et de participer au processus global des soins.
L'AS dispense, sous la responsabilité de l'infirmier, des soins d'hygiène et de confort, d'aide et d'accompagnement aux activités de la vie quotidienne.

L'AS participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier et sous sa responsabilité, à la distribution des médicaments et des prescriptions médicales.

L'AS participe à la préservation de l'autonomie des résidents.

L'AS répond aux appels des résidents et à leurs demandes.

L'AS participe au déplacement des résidents à mobilité réduite et au brancardage.

L'AS entretient l'environnement immédiat de la personne et les matériels de soins.

L'AS participe à la distribution des repas, du goûter et de la collation de nuit proposés aux résidents.

L'AS aide à l'organisation des sorties, des transferts et des consultations à l'extérieures.

L'AS participe au circuit du linge (réception, gestion du stock, récupération du linge sale, installation).

L'AS participe à la réfection des lits et aux rangements du linge des résidents.

L'AS participe aux animations.

L'AS peut être amené à effectuer des tâches annexes à la demande de son responsable hiérarchique ou de la direction.

FICHE DE FONCTION - AMP - Aide médico-psychologique

Lien hiérarchique

Direction de l'établissement > Médecin Coordonnateur > Infirmier Coordinateur > Infirmier

Missions générales

L'Aide Médico-Psychologique (AMP) a pour mission de veiller au bien être des résidents et de participer au processus global des soins.
L'AMP dispense, sous la responsabilité de l'infirmier, des soins d'hygiène et de confort, d'aide et d'accompagnement aux activités de la vie quotidienne.

L'AMP participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier et sous sa responsabilité, à la distribution des médicaments et des prescriptions médicales.

L'AMP participe à la préservation de l'autonomie des résidents.

L'AMP répond aux appels des résidents et à leurs demandes.

L'AMP participe au déplacement des résidents à mobilité réduite et au brancardage.

L'AMP entretient l'environnement immédiat de la personne et les matériels de soins.

L'AMP participe à la distribution des repas, du goûter et de la collation de nuit proposés aux résidents.

L'AMP aide à l'organisation des sorties, des transferts et des consultations à l'extérieures.

L'AMP participe au circuit du linge (réception, gestion du stock, récupération du linge sale, installation).

L'AMP participe à la réfection des lits et aux rangements du linge des résidents.

L'AMP participe aux animations.

L'AMP peut être amené à effectuer des tâches annexes à la demande de son responsable hiérarchique ou de la direction.

La mission note que, dans les fiches de poste transmises (figure 34), les missions relatives à leurs interventions dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse sont identiques pour les AS et les AMP.

Or, la qualification qui est reconnue aux AES/AMP du fait de leur formation se limite à l'aide à la prise pour les formes orales (mise à la bouche).

Ecart 15. : Dans les fiches de poste transmises, les missions relatives à leurs interventions dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse sont identiques pour les AS et les AMP. Or, contrairement aux AS, les AES/AMP ne peuvent pas se voir « confier par l'IDE la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant », leur compétence étant dans ce cas limitée à l'aide à la prise assimilée à un acte de la vie courante. Réf. : Articles L4311-2, R4311-4 et L4391-1 CSP ²²; Articles L313-26, D312-155-0 et L311-3 CASF ; Décret no 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social

Cependant, sur les documents transmis et consultés directement sur [REDACTED] l'administration des traitements médicamenteux est systématiquement tracée par des IDE, sans aucune validation des AS.

Un document « Parcours d'habilitation à l'aide à la prise médicamenteuse destiné au personnel non-infirmier » (Réf : PRT-MED-009, Version : 1, Date MAJ : 03/12/2024, 4 pages) a été transmis à la mission. Ce document prévoit les dispositions suivantes (cf. également fig. 35) :

- *Les professionnels concernés par cette habilitation sont : Aides-soignants, AES, AMP*
- *L'habilitation est dispensée nominativement à des salariés en CDI à l'issue de leur période d'essai et à des salariés en CDD longue durée (min. 2 mois) ou à des intérimaires « réguliers ».*
- *La démarche d'habilitation est assurée par un tuteur qui peut être infirmier coordonnateur (IDEC), infirmier diplômé d'état (IDE), médecin ; elle est validée par la direction de l'établissement et archivée dans le dossier du professionnel concerné. Une copie est remise au professionnel.*

²² Article L.4311-2 du CSP : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ; 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ; 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ; 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ; 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. ».

Article R4311-4 du CSP : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant. »

Article L.4391-1 du CSP : « Peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'Etat d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant. »

- Le professionnel sera habilité à l'aide à la prise pour une ou plusieurs voies d'administration, en fonction des besoins des résidents de la structure. Plusieurs formes galéniques peuvent être administrées par une même voie, aussi, il est recommandé de former/informer le professionnel sur les différentes formes présentées sur les fiches mémo. Une révision des connaissances acquises doit être programmée régulièrement.
- Fiches mémo : « Aide à la prise – Voie cutanée », « Aide à la prise – Voie oculaire », « Aide à la prise – Voie ORL ».

Figure 35 : Annexe du document « Parcours d'habilitation à l'aide à la prise médicamenteuse destiné au personnel non-infirmier » (Réf : PRT-MED-009, Version : 1, Date MAJ : 03/12/2024, 4 pages).

Nom : _____ Prénom : _____		Parcours d'habilitation d'aide à la prise pour la voie :			
Fonction : _____ Unité : _____					
Etapes	Date	Signature du salarié	Nom lisible et signature du tuteur (IDE/médecin/pharmacien)	Commentaire	
[1-THEORIE] Présentation des formes galéniques qui s'administrent par voie :				Explication, protocole, fiches pratiques, remise de la fiche mémo, quiz	
[2-OBSERVATION] Démonstration par le tuteur de l'administration selon les bonnes pratiques.					
Forme A :					
Forme B :					
[3-PRACTIQUE] Le professionnel accompagné du tuteur réalise l'aide à la prise : 3 supervisions/forme galénique					
S1 Forme A :					
S2 Forme A :					
S3 Forme A :					
S1 Forme B :					
S2 Forme B :					
S3 Forme B :					
HABILITATION (étapes 1+2+3 validées)		Toutes les étapes terminées le :		Nom, fonction et signature du tuteur :	
[Nom/prénom] est habilité(e) à l'aide à la prise des médicaments administrés par voie et s'engage à respecter le protocole institutionnel en vigueur dont il/elle a pris connaissance lors du parcours d'habilitation.					
Date : _____		Date : _____			
Signature du professionnel : _____		Signature de la direction : _____			
Date des rappels des connaissances acquises : _____					

Une formation « Aide à la prise de médicament en EHPAD » d'une durée de 7 heures a été dispensée le 06/11/2024 par la société [redacted] à l'attention de :

- [redacted] : ASH
- [redacted] : AS
- [redacted] : AS
- [redacted] : ASH

L'établissement a apporté les précisions suivantes :

« La formation sera complétée au 1er trimestre 2025 par un parcours d'habilitation piloté par la directrice des soins du réseau, en collaboration avec l'IDEC. Nous nous appuierons sur la procédure proposée par l'OMEDIT ».

Ecart 16. : Une démarche est en cours en vue de l'habilitation à l'aide à la prise médicamenteuse - y compris sous forme cutanée, oculaire et ORL - de 4 personnels. Or deux de ces personnels sont identifiés comme ASH dans le registre unique du personnel qui a été transmis. N'étant pas soignants, et sauf VAE ou formation diplômante en cours (AS ou AES/AMP), ces personnels n'ont pas vocation à participer à la prise en charge médicamenteuse. Réf. : articles L4311-2, R4311-4 et L4391-1 CSP ; art L313-26, D312-155-0 et L.311-3 CASF, ; Décret no 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.

Désignation officielle et fiche de poste modifiée de la personne concernée pour la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD.

Cette fonction est, de fait, assurée par l'IDER et par le cadre IDE, mais la mission n'a pas eu connaissance de sa formalisation.

Liste préférentielle et actualisée des médicaments utilisés au sein de l'EHPAD.

Un document « Liste préférentielle de médicaments adaptés aux personnes âgées en EHPAD » est mentionné au chapitre « VIII. Eléments support associés au Manuel Qualité de la Prise en charge médicamenteuse » (p.33) du « Manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD » (Réf : PRC-MED-006, Version : 1, Date : 10/07/2023 33 pages).

Ce document n'a pas été demandé, transmis ou consulté.

██████ dispose de paramétrage d'aide à la prescription médicamenteuse.

Dotation pour soins urgents (stock tampon)

La liste de dotation du stock tampon a été établie. Les produits sont stockés dans un bac dédié positionné dans une armoire fermée à clé située dans le poste de soins infirmiers. Les péremptions sont vérifiées régulièrement de façon tracée.

Sécurisation et vérification de la trousse d'urgence

La trousse d'urgence est scellée et les péremptions des produits et dispositifs qu'elle contient sont régulièrement vérifiées à partir d'une liste. La date de vérification de la trousse est tracée et les dates de péremption sont indiquées pour chaque ligne de produit.

Défibrillateur.

La vérification régulière du fonctionnement a été contrôlée (cf. figure 36).

Figure 36 : Vérification quotidienne tracée du fonctionnement du DAE qui se trouve dans le hall de la salle à manger.

15, 18, 112

DAE

SCHILLER

Tracabilité du DAE-Défibrillateur

Chaque jour, tracabilité effectuée par les infirmiers du cadre de santé - cocher les cases correspondantes - et
apporter toutes précisions utiles à la page suivante.

Ne rien cocher si un témoin n'existe pas sur le DAE.

Date	Etat extérieur du DAE		Témoin visual de fonctionnement		Témoin sonore de fonctionnement	
	Conforme	Non conforme	Conforme	Non conforme	Conforme	Non conforme
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

2.12. Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs (4.2)

2.12.1. Prescriptions notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Prescription	18	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	4.2	42	A	Le gestionnaire doit conclure un contrat avec les professionnels de santé intervenant dans l'établissement.	Nous avons déjà à plusieurs reprises sollicité nos partenaires afin de recueillir les contrats signés. Nous avons renvoyé un courrier recommandé à l'ensemble des intervenants libéraux le 12 juillet 2024 – voir preuve.	Il est pris note des éléments de réponse. Les conventions (datant de 2017) avec les masseurs-kinésithérapeutes ont été communiquées.	Article R.313-30-1 du CASF.	Prescription maintenue, dans l'attente de la transmission des contrats liant l'EHPAD avec l'ensemble des professionnels de santé libéraux, intervenant en tant que médecins traitants, et le cas échéant, de la traçabilité du refus du professionnel de santé, de conventionner avec l'EHPAD. Délai : 2 mois
----------	--------------	----	---	-----	----	---	---	---	--	-----------------------------	---

2.12.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

L'établissement a fourni les documents suivants :

- la convention avec [REDACTED] ;
- les conventions avec [REDACTED] ;
- la convention avec le [REDACTED] ;
- la convention avec une [REDACTED] ;
- le courrier envoyée en RAR au [REDACTED]. La convention de coopération lui a été transmise pour signature, le 12 juillet 2024 ; le médecin n'en a pas fait retour.

2.12.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

L'établissement a communiqué, à la suite de l'inspection de 2024, la preuve des envois, réalisés au mois de juillet 2024 des conventions avec les médecins libéraux et kinésithérapeutes intervenant au sein de l'EHPAD. Toutefois, les conventions signées n'ont pas été communiquées à la mission.

Les conventions liant l'EHPAD avec des professionnels de santé libéraux ne sont pour certaines, pas dûment établies. Le justificatif de refus de signer la convention de coopération par [REDACTED] n'est pas produit.

Ecart 17. : Les conventions liant l'EHPAD avec des professionnels de santé libéraux ne sont pas pour certaines, dûment établies et signées. En outre, le justificatif de refus de signer la convention de coopération par le [REDACTED] n'est pas produit, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.313-30-1 du CASF²³.

²³ Article R.313-30-1 du CASF : « Le contrat prévu à l'article L. 314-12, conclu entre un professionnel de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est conforme aux contrats-types fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes âgées. Ces contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas en cas d'intervention des médecins libéraux dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique. »

3. Vérification de la mise en œuvre des mesures correctrices correspondant aux recommandations

3.1. Gouvernance-Management et Stratégie (1.2)

3.1.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	1	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A	L'organisme gestionnaire devrait augmenter le temps de présence de la directrice, qui est d'un [redacted] ce compte-tenu des écarts constatés qui nécessitent la mise en œuvre de mesures correctives et des missions qui lui sont confiées par délégation.	Nous avons recruté un cadre administratif qui seconde la directrice. Elle est [redacted] et d'une [redacted] En cas de vacance du poste de direction, le cadre administratif sollicite notre Directeur Général afin que ce dernier lui dicte la conduite à tenir sur les problématiques tenant à l'urgence. Le quotidien est géré dans la continuité de l'activité de l'établissement. Néanmoins, nous prenons note de la recommandation et réfléchissons à la rédaction d'un document.	La mission prend note de cette organisation au niveau de la direction de l'établissement.	Recommandation maintenue dans l'attente de la communication de la date de recrutement, du contrat de travail, du diplôme, de la fiche de poste/ missions de la cadre administrative, ainsi que de la procédure de remplacement en cas d'absence de la directrice et de la délégation de signature entre la directrice et la personne recrutée.
LD2/2024	Reco	2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	1.2	12	A	La direction devrait établir un organigramme présentant les liens hiérarchique et fonctionnel et indiquant les noms des professionnels en situation de responsabilité (ETP) ; et l'afficher au sein de la structure.	Nous travaillons à l'actualisation de notre organigramme.	Deux organigrammes ont été adressés : - un organigramme avec les fonctions (mise à jour du 10 juillet 2024) ; - un organigramme avec les prénoms, en date du 23 mai 2024.	Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'un organigramme nominatif, finalisé et à jour, et de la photo de son affichage au sein de l'EHPAD.

3.1.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

Recommandation N°1 : Les diplôme, CV, et CDI de la cadre administrative en titre recrutée [redacted] pour seconder la directrice ont été adressés. Celle-ci étant [redacted], elle est remplacée [redacted] par une autre cadre administrative, dont la mission a eu communication de ses CV, diplôme et CDD (cadre TC remplacement).
La procédure en cas d'absence de la direction (datée du 1^{er} février 2023) a été transmise.

Recommandation N°2 : Un organigramme nominatif en date du 4 novembre 2024 a été communiqué (y sont inscrites, au niveau de l'équipe hôtelière, deux ASH soins) ainsi que la photo de son affichage.

3.1.3. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

La mission constate que malgré les difficultés mentionnées lors des précédentes missions, la directrice de l'établissement n'a ni modifié l'organigramme de la structure, ni mis en place les délégations nécessaires pour permettre une gestion fluide de l'établissement en son absence du site.

Ainsi, le rôle de [REDACTED], présentée à la mission par la Directrice comme adjointe de direction, et par l'intéressée comme directrice adjointe, semble sous-dimensionné au regard des besoins de l'établissement et des compétences requises pour le poste. L'intitulé exact de son poste ne semble pas être compris de la même façon selon les interlocuteurs.

Sa fiche de poste est intitulée « cadre administratif » mais décrit un poste à minima d'adjoint de direction (« le cadre seconde le chef d'établissement... »), voire de directeur adjoint dans la mesure où la fiche de poste prévoit que le cadre puisse remplacer le directeur sur une partie de ses fonctions en son absence, et exige [REDACTED]. Sur l'organigramme, son poste est indiqué comme « assistante de direction », poste qui ne recouvre pas les mêmes responsabilités.

Malgré les éléments de sa fiche de poste, aucune délégation de tâches ou de signature n'est donnée au cadre administratif par la directrice de l'établissement, et la cadre n'est pas non plus incluse dans le planning des astreintes.

L'organigramme semble le document reflétant le mieux l'organisation de la structure avec une concentration de l'ensemble des actions et décisions par la directrice sans aucune délégation.

La mission considère qu'une telle organisation avec un [REDACTED] de direction ne peut être considéré comme adapté et permettant d'assurer les missions prévues par le CASF, notamment la garantie des droits, des libertés et de la sécurité des résidents.

Remarque 19 : Le positionnement et les missions de la cadre administrative ne sont pas clairement définis (cadre administrative ou assistante de direction ; absence de délégation de signature), pouvant impacter la continuité de la gestion de l'EHPAD en l'absence de la directrice. La procédure en cas d'absence de la directrice n'est pas actualisée.

Remarque 20 : L'organigramme transmis à la suite de l'inspection n'est pas à jour, s'agissant des ASH soins (l'une ayant obtenu son diplôme d'aide-soignante ; un accompagnement pour suivre une formation d'aide-soignante ayant été proposée à la seconde).

3.2. Gouvernance - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables (1.5)

3.2.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	3	1.5-Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5	15	A	La direction devrait veiller : - à mettre à disposition des résidents et des familles un cahier des réclamations et /ou doléances, dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité ; -en assurer l'analyse et le suivi.	Dans le cadre de notre politique RSE, nous n'avons pas de cahier de réclamation mais un formulaire pouvant être rempli ou renvoyé par mail à la direction (voir modèle). Il est remis / envoyé sur demande par l'accueil. L'analyse et le suivi des réclamations sont réalisés sur notre logiciel qualité [REDACTED]™.	Le formulaire de suggestions/ réclamations à destination des familles et des proches ne fait pas état des suites données à la demande (demande analysée ? tracée ? suivie ? une réponse est-elle apportée à l'intéressé ?).	Il est demandé à l'établissement de transmettre une extraction du logiciel [REDACTED] portant analyse et suivi des réclamations. Recommandation maintenue
----------	------	---	---	-----	----	---	--	--	---	---

3.2.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

La direction a adressé le 6 décembre 2024, un tableau- extraction de [REDACTED] de traçabilité et de suivi recensant pour l'année 2024, par mois et pour la période de janvier à octobre, les plaintes et réclamations au nombre de [REDACTED]. Ce document précise entre autres, la date de saisie ; l'état (traité) ; le nom du résident ; le plaignant ; l'information du CVS sur le litige ; l'enquête réalisée par l'établissement ; la réception de la plainte et le motif (qualité des soins ; qualité du nursing ; vol ; qualité des repas ...) ; la date de réponse au demandeur. N'y figure pas, la réponse qui lui a été apportée.

3.2.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

Il ressort des entretiens menés, que les plaintes sont enregistrées sur [REDACTED] et traitées. Les réponses sont bien inscrites sur [REDACTED] et sont adressées au plaignant.

3.3. Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (3.1)

3.3.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	4	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1	31	A	L'établissement devrait organiser des réunions de synthèse contribuant à la prise en charge globale de chaque résident accueilli et tenir à jour leurs dossiers administratifs.	Une réunion pluridisciplinaire est réalisée chaque semaine. Les dossiers administratifs des résidents ont été mis à jour.	Les feuilles d'émargement de « réunion pluridisciplinaire » ont été adressées (objet et thème non précisés). Ces réunions ne donnent pas lieu à des comptes rendus. L'établissement n'a pas apporté de preuve de mise à jour des dossiers administratifs des résidents.	Recommandation maintenue
----------	------	---	---	-----	----	---	---	---	---	--------------------------

3.3.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

Il ressort des documents transmis que des réunions pluridisciplinaires, sous le pilotage de l'IDEC et en présence notamment de la psychologue, l'infirmière référente, une infirmière -composition pouvant être élargie à l'ergothérapeute et à une aide-soignante-, ont lieu chaque semaine, durant laquelle il est fait une revue de la prise en charge de tous les résidents.

Les feuilles d'émargement et les relevés de décisions des réunions pluridisciplinaires tenues entre les mois de septembre 2024 et le début du mois de décembre 2024 ont été transmis. Les comptes-rendus mentionnent les informations des seuls résidents dont l'accompagnement est à adapter.

3.3.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

La mission a consulté des dossiers de ■■■ résidents et a pu observer qu'ils étaient tenus à jour. Ils sont ordonnés et contiennent les documents attendus (pièces administratives -droits à l'assurance maladie ; attestation d'assurance responsabilité civile ; APA ; mutuelle, dossier de demande d'admission ; le contrat de séjour dûment signé (avec avenant lors de changement de chambre) avec le règlement de fonctionnement et les annexes.

3.4. Prise en charge-Respect des droits et des personnes (3.2)

3.4.1. Recommandations retirées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	5	3.2-Prise en charge- Respect des droits et des personnes	3.2	32	A	L'établissement devrait mettre en place des espaces destinés à l'accueil des familles.	Dans le cadre du programme de réaménagement de l'établissement, nous disposerons de plus vastes espaces pour nos résidents et les familles.	Dont acte.	Recommandation retirée
LD2/2024	Reco	6	3.2-Prise en charge- Respect des droits et des personnes	3.2	32	A	La dernière liste en vigueur des personnes qualifiées devrait être affichée.	Nous avons mis à jour la liste des personnes qualifiées. (voir document joint).	La mission prend acte de l'affichage de la dernière liste en vigueur des personnes qualifiées.	Recommandation retirée

3.4.2. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

Recommandation N° 5 : A été fourni un plan de l'établissement indiquant l'existant et les modifications prévues dans le cadre des travaux et extensions. L'EHPAD ne dispose pas d'espace dédié à l'accueil des familles. Lors des déjeuners, elles sont installées avec leur proche au restaurant, à l'écart des autres résidents. À la suite des travaux d'extension, l'établissement disposera d'espace pour les résidents et les familles.

Recommandation N° 6 : La mission a bien constaté l'affichage de la dernière liste en vigueur portant désignation des personnes qualifiées.

3.5. Prise en charge-Vie sociale et relationnelle (3.3)

3.5.1. Recommandation retirée le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	7	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	3.3	33	A	L'établissement devrait instaurer une commission animation.	Nous avons une commission d'animation annuelle. Depuis le début de l'année 2024 et l'arrivée de la nouvelle animatrice, nous avons décidé de réaliser 3 réunions par an (voir CR de la dernière réunion en date du 30 avril).	Dont acte. Le compte-rendu devrait comporter le nom du signataire.	Recommandation retirée
----------	------	---	---	-----	----	---	---	---	--	---------------------------

3.5.2. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Trois comptes-rendus de la commission animation ont été réalisés (en avril, septembre et décembre 2024). ; ils sont datés et signés. Des plannings d'activité mensuels sont établis.
La mission note également que le projet d'animation et de vie sociale est intégré dans le projet d'établissement 2024-2029, auquel l'animatrice a participé activement.

3.6. **Prise en charge-Vie quotidienne – Hébergement (3.4)**

3.6.1. **Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024**

LD2/2024	Reco	9	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	3.4	34	A	L'établissement devrait être vigilant sur le linge des résidents, formaliser le circuit du linge et observer la séparation d'espaces «sale » et «propre».	Nous en prenons note.		Recommandation maintenue
LD2/2024	Reco	8	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	3.4	34	A	L'établissement devrait : - tracer dans le cadre du suivi des résidents, le menu ou mets de substitution proposé ;-formaliser les procédures d'aide au repas et de service en chambre ;-respecter le secret professionnel et la confidentialité des informations médicales s'agissant des fiches des résidents, disposées en guise de marque-places ;- veiller à ce que le plan de table affiché dans la salle à manger soit à jour et daté.	Nous traçons désormais les aliments de substitution de nos menus (voir document en pdf). Nous réfléchissons à la formalisation d'une procédure de repas et de services en chambre. Les marques places sur les tables ont été revues (voir exemple). Le plan de table affiché dans la salle à manger est à jour et daté (voir photo).	La mission reste dans l'attente de la transmission des procédures formalisant l'aide au repas et le service en chambre.	Recommandation maintenue

3.6.2. **Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024**

Recommandation N° 9 : L'établissement a fourni une procédure du circuit du linge propre et sale mise à jour le 30/11/2024.

Recommandation N° 8 : L'établissement a fourni une procédure « Distribution des plateaux repas en chambre et repas pris en salle de restaurant » mise à jour le 29/11/2024. A la lecture du menu hebdomadaire, des plats de remplacement sont proposés aux résidents.

3.6.3. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Recommandation N° 9 : Une pièce située au sous-sol est dédiée au stockage du linge propre ; elle présente un manque de rangement et est poussiéreuse. Les serviettes de toilette et des paquets de linge plat sont stockés à l'air libre sans protection sous vide.
La mission relève la présence d'une pièce aménagée avec un lave-linge et un sèche-linge manquant fortement d'entretien.

Remarque 21 : Le linge plat n'est pas dûment protégé et les espaces dédiés au stockage du linge et au matériel électroménager ne sont pas rangés et entretenus.

Recommandation N° 8 : Un plan de salle est daté et affiché près de la cuisine, des sets de tables individuels marquent les places des résidents et renseignent les textures par un code couleur.

3.7. Prise en charge-Soins (3.8)

3.7.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	12	3.8- Prise en charge-Soins	3.8	38	S	La convention entre l'officine et l'EHPAD devrait être actualisée.	La convention avec la pharmacie centrale est en cours d'actualisation.		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de la convention à jour entre l'officine et l'EHPAD.
LD2/2024	Reco	14	3.8- Prise en charge-Soins	3.8	38	S	La traçabilité de l'administration des médicaments devrait être réalisée en temps réel.	Nous réalisons régulièrement des réunions de sensibilisation sur la traçabilité en temps réel.		Recommandation maintenue, dans l'attente d'une extraction de [REDACTED] justifiant la traçabilité en temps réel de l'administration des médicaments.
LD2/2024	Reco	15	3.8- Prise en charge-Soins	3.8	38	S	L'établissement devrait établir le document formalisant, pour chaque AS de nuit concernée, la délégation de l'IDE pour l'administration des médicaments ainsi que la feuille d'émargement validant la formation dispensée à cet effet.	Une formation sur la délégation de l'IDE à l'AS de nuit est prévue au cours du dernier trimestre 2024 (cf. Programme ci-joint).	Le programme de la formation d'une journée dispensée par [REDACTED] thème : l'aide à la prise de médicament en EHPAD) à destination des aides-soignants et AMP a été communiqué à la mission.	Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de la procédure formalisant la délégation de l'IDE pour l'administration des médicaments, et de la liste du personnel soignant habilité à cet effet.
LD2/2024	Reco	16	3.8- Prise en charge-Soins	3.8	38	S	La prise en charge de la douleur devrait être tracée dans les dossiers médicaux.	Nous avons une commission douleur qui se réunit une fois par mois. Le plan de soins intègre désormais l'évaluation de la douleur – voir exemple.	Le plan de soins fait état de l'évaluation de la douleur. Toutefois, la mission relève que celle-ci est évaluée aussi bien par des IDE et des AS, que par des auxiliaires de vie et des agents hôteliers et que la cotation de la douleur n'est pas systématiquement renseignée.	Recommandation maintenue
LD2/2024	Reco	17	3.8- Prise en charge-Soins	3.8	38	S	Une procédure relative à la fin de vie, intégrant l'intervention du prestataire HAD devrait être formalisée.	Nous avons réalisé une formation par un prestataire externe le 19 mars 2024 sur la fin de vie – voir feuille émargement. Une réunion de sensibilisation a également été organisée par notre psychologue. Nous vous communiquons notre nouvelle procédure fin de vie. Une sensibilisation a été réalisée le 9 juillet –	La mission prend note des éléments de réponse. La procédure relative à la fin de vie a été élaborée le 24 mai 2024. La mission constate toutefois que la convention liant l'EHPAD à l'HAD [REDACTED] est ancienne (date du 20 juillet 2012) et mériterait d'être actualisée.	Recommandation maintenue, dans l'attente de la transmission de la convention actualisée avec [REDACTED] et du contenu de la formation réalisée.

							voir feuille émargement. Nous avons une convention signée avec notre partenaire d'HAD intervenant sur la fin de vie (voir convention).		
LD2/2024	Reco	18	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	L'établissement devrait mettre à disposition du personnel des locaux permettant une circulation fluide des personnels/matériels/équipements et respectant les recommandations de bonnes pratiques de préparation et de stockage des médicaments.	Les travaux de réaménagement prévus dans la résidence ont pour objectif de fluidifier les circulations et avoir des locaux plus adaptés.	Recommandation maintenue, dans l'attente d'une réponse de l'établissement sur les aménagements apportés au poste de soins permettant une circulation fluide des personnels/matériels/équipements et respectant les recommandations de bonnes pratiques de préparation et de stockage des médicaments.
LD2/2024	Reco	19	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Les médicaments non utilisés devraient être retournés à la pharmacie dispensatrice.	Notre prestataire de pharmacie, [REDACTED] est en charge de la récupération des médicaments non utilisés par le biais de la filière [REDACTED]	La mission prend note du retour le cas échéant, des stupéfiants à la pharmacie, ainsi que des [REDACTED]
LD2/2024	Reco	20	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Le suivi sur un support unique des températures et du nettoyage des réfrigérateurs dédiés au stockage des médicaments devrait être mis en œuvre pour s'assurer d'une conservation correcte des médicaments thermosensibles.	Nous vous communiquons la traçabilité des températures et du nettoyage des frigos depuis fin janvier.	Les fiches de suivi transmises mentionnent des températures non conformes au seuil recommandé, sans aucune alerte ni mention portée dans le cadre « conduite à tenir ». Toutes ces fiches sont validées par l'IDEC sans précision des mesures qui ont été mises en œuvre au regard des écarts constatés.
LD2/2024	Reco	21	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Les médicaments sous forme multidoses (collyres, solutions buvables...) devraient être nominatifs et comporter la date d'ouverture et la durée d'utilisation après ouverture. De plus, lors de la distribution des médicaments, la vérification de la conformité du traitement à la prescription devrait permettre de sécuriser l'administration des médicaments multidoses.	Nous avons fait un rappel aux équipes sur ces bonnes pratiques le 10 juillet (voir émargement).	Une sensibilisation (flash information) sur la pharmacovigilance a été menée le 10 juillet 2024. La mission n'a pas eu communication du contenu de la formation.
LD2/2024	Reco	22	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	L'établissement devrait élaborer un protocole spécifique pour le broyage des médicaments (qui, quand, comment, où : repas ou chambre ?) et les modalités de l'administration des médicaments broyés, tracer la formation des personnels concernés et établir une liste des résidents pour lesquels les traitements doivent être broyés.	Nous allons rédiger un protocole pour le broyage des médicaments. Nous vous communiquons la liste des résidents concernés ainsi qu'un exemple de prescription.	Recommandation maintenue, dans l'attente de la transmission du protocole relatif au broyage des médicaments et de la traçabilité de la formation des personnels concernés.

LD2/2024	Reco	10	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	La procédure relative à la gestion du stock tampon devrait être connue du personnel et appliquée.	Une formation délivrée par l'IDEC / IDER a eu lieu sur la procédure de gestion du stock tampon (voir feuille émargement).	Dont acte.	Recommandation retirée
LD2/2024	Reco	11	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	Le stock tampon constitue une réserve de médicaments de 1ère intention (antibiotiques, anti-inflammatoires, antalgiques...) permettant de débuter un traitement le plus tôt possible, lorsque la pharmacie référente est fermée : il ne devrait pas contenir des médicaments prescrits pour un résident déterminé.	Nous vous communiquons la liste des médicaments du stock tampon et sa vérification. Un rappel a été réalisé sur la traçabilité de l'utilisation d'un traitement contenu dans le stock tampon.	Dont acte. Il est toutefois remarqué que les quantités prélevées ne sont ni datées, ni paraphées par l'infirmier.	Recommandation retirée
LD2/2024	Reco	13	3.8- Prise en charge- Soins	3.8	38	S	La sécurisation du circuit du médicament devrait passer par la mise en œuvre d'un double contrôle des médicaments préparés et livrés par la pharmacie, conformément à la procédure en vigueur dans l'établissement (Manuel Qualité de la Prise en charge médicamenteuse PRC-MED-006 du 10/07/2023).	Le double contrôle des médicaments préparés et livrés est réalisé toutes les semaines au moment de la livraison (voir documents de traçabilité).	Dont acte.	Recommandation retirée

3.7.2. **Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025**

Convention entre l'officine et l'EHPAD

La convention mise à jour datée du 06/12/2024 a été transmise.

Traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel.

L'utilisation de tablettes pour la traçabilité de la distribution et de l'administration des médicaments est devenue la règle (cf. figure 28).

Deux bémols observés le 16/01/2025 sur place :

- La mission a suivi la distribution réalisée par une IDE accompagnée d'une stagiaire [REDACTED], en début de matinée du 16/01/2025. La distribution et la vérification des sachets, l'administration des nombreuses formes buvables multidoses (en conditionnement nominatif avec date d'ouverture indiquée vérifiée) et de l'accompagnement à la prise prend du temps alors que le créneau dédié à la tournée de distribution, qui s'intègre dans la matinée de soins, est limité. En pratique, après une dizaine de chambres, la validation de chaque prise au fil de l'eau par l'IDE a dû être interrompue, la tablette servant alors à vérifier la correspondance du contenu de l'« escargot » et à indiquer les formes buvables. L'IDE a indiqué qu'elle procédait dans ce cas à la validation groupée des traitements plus tard dans la journée.
- Il a été signalé que le wifi ne fonctionnait pas toujours correctement en bout d'aile, ce qui peut poser des problèmes pour l'utilisation des tablettes. D'où un usage possible du cahier d'ordonnance à jour, dont la présence sur le chariot de distribution a été vérifiée.

Ceci reboucle avec les observations faites supra (cf. écart n°5).

Remarque 22 : Le matin, les contraintes de plan de charge IDE ne permettent pas la saisie immédiate des administrations médicamenteuses via les tablettes. D'autre part, le wifi ne fonctionne pas toujours correctement dans l'ensemble de l'établissement. La recommandation de traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel n'est pas complètement mise en œuvre.

Document formalisant, pour chaque AS de nuit concernée, la délégation de l'IDE pour l'administration des médicaments ainsi que la feuille d'émargement validant la formation dispensée à cet effet.

Cette action est cours mais n'est pas finalisée, cf. écarts 7 et 8 supra.

Prise en charge de la douleur tracée.

La traçabilité de l'évaluation fréquente de la douleur des résidents a été mise en place et est effective dans les dossiers de soins. L'échelle [REDACTED] n'est pas utilisée.

Remarque 23 : Les ASH participent à l'évaluation de la douleur des résidents alors qu'elles n'ont pas de compétences soignantes.

Procédure relative à la fin de vie, intégrant l'intervention du prestataire HAD.

Une procédure « Accompagnement de la fin de vie » (Réf : PRT-DEV-002, Version : 01, Date : 16/12/2024, 8 pages) a été transmise.

Une procédure « Accompagnement en soins palliatifs » (Réf. : PRC-MED-011, Version 1, Date 24/05/2024, 12 pages) a été consultée sur place (dans le classeur de procédures).

Une convention a été signée le 02/12/2024 avec [REDACTED]

Locaux permettant une circulation fluide des personnels/matériels/équipements et respectant les recommandations de bonnes pratiques de préparation et de stockage des médicaments.

La salle de soins infirmiers est une pièce relativement vaste disposant d'un éclairage naturel.

Ce local est multi usages, qui restait très encombré le 16/01/2025 (cf. figure 37) :

- Armoires diverses dont pour dossiers médicaux, armoire à pharmacie et stocks tampons, chariots, DECT, réserves, etc...
- Lieu d'affichage mural pour la programmation des soins
- Bureau de l'IDER
- Point d'accueil des familles pour les sujets relatifs aux soins
- Le point d'eau est une installation évier de type cuisine dont le déclenchement du robinet ne répond pas aux recommandations d'installation en cabinet de ville.

La vérification des rouleaux (« escargot ») livrés par l'officine est effectuée par les IDE le jeudi.

Remarque 24 : La salle de soins infirmiers est un local multiusages qui restait très encombré le 16/01/2025.

Figure 37 : Vue de la partie gauche de la salle de soins infirmiers.



Les médicaments non utilisés devraient être retournés à la pharmacie dispensatrice.

Le seul document transmis à ce sujet est une attestation de destruction le 30/04/2024 par la [REDACTED] de médicaments stupéfiants [REDACTED]

La mission a vérifié le 16/01/2025 qu'il n'y avait plus de stock résiduel de médicaments stupéfiants non utilisés dans le coffre dédié.

Suivi des températures et du nettoyage du réfrigérateur dédié au stockage des médicaments thermosensibles.

Le réfrigérateur présent en salle de soins infirmiers est équipé d'un thermomètre digital (sans min/max). Il contient des vaccins, de l'érythropoïétine (Aranesp™) et principalement des insulines injectables.

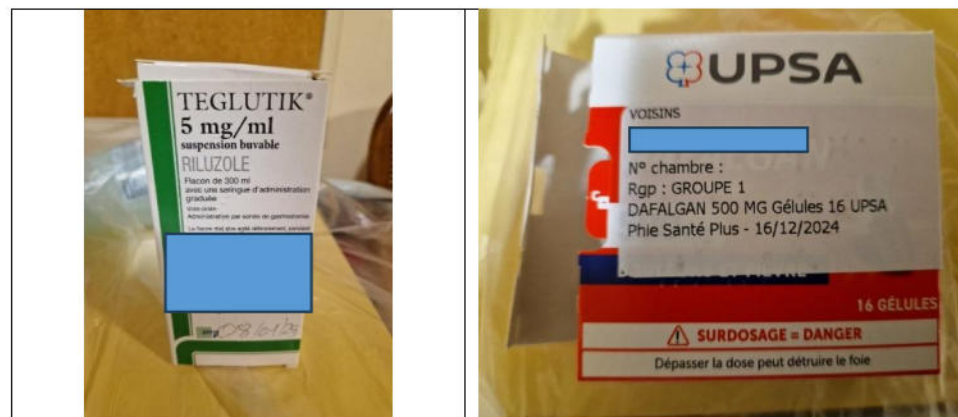
La mission a vérifié sur place que le suivi tracé des températures était bien assuré quotidiennement sur une fiche mensuelle, avec initiale de l'IDE vérificatrice.

Médicaments sous forme multidoses nominatifs avec la date d'ouverture.

La mission a pu vérifier sur place lors de la distribution des médicaments du matin que les formes multidoses buvables et les formes si besoin disposaient d'une étiquette nominative ou portaient l'indication du nom du résident et de la chambre (si usage du stock tampon), cf. figure 35. Pour les produits buvables, la date d'ouverte était systématiquement indiquée.

Figure 38 : attribution nominative des formes multidoses buvables et des médicaments si besoin.





Un document indiquant les délais maximaux de conservation des médicaments en présentation orale multidose, figure dans le cahier de procédure (figure 39), mais la durée maximale d'utilisation n'est pas indiquée sur les formes multidoses buvables.

Remarque 25 : La date d'ouverture est inscrite sur les conditionnements des formes multidoses buvables mais la durée maximale ou la date limite de leur utilisation n'est pas indiquée.

Figure 39 : Document indiquant les délais maximaux de conservation des médicaments en présentation orale multidose, figurant dans le cahier de procédure qui se trouve dans le bureau du cadre IDE.

www.adiph.org

ADIPH : Association pour le Digital et l'Information en Pharmacie

Date de dernière mise à jour : 27/12/2023

ADIPH®
 Association pour le Digital
 et l'Information en Pharmacie

Conservation des médicaments multidoses

Collaborateurs

Mathieu COLOMBE
 Philippe SIOUFFI
 Mounira BOUMAIZA

mathieu.colombe@adiph.biz
 philippe.siouffi@adiph.biz
 mounira.boumaiza@adiph.biz

Produit	Durée de conservation après ouverture (Sources THERIAQUE, LABORATOIRES)	Conditions de conservation	Contenance en gttes et en PA du flacon	Teneur en éthanol (mg/mL)	Teneur en saccharose (mg/mL)
ABILIFY 1mg/ml sol buv 150ml	6 mois				
ADVIL 20 mg/ml Susp buv	6 mois	à 1° < 25°C			
ALCOOL 70° MODIFIE 500 ml Liq usage ext	1 mois				
ALOPLASTINE 90 g Pommade	non renseigné				
ALPHAGAN collyre	28 jours				
AMOROLPHINE vernis	6 mois				
AMOXICLAV (AUGMENTIN) 100 mg 60 ml Pdre pr sirop	7 jours après reconstitution	au réfrigérateur			
ARTANE 0,4 % Sol.Buv	2 mois	à l'abri de la lumière	1200 gttes - 120 mg	98,5	350
ATARAX 200 ml Sirop	1 mois	à 1° < 25°C et à l'abri de la lumière	400 mg	1	737
ATROPINE 1% Ophtadose	utilisation extemporanée				
AUREOMYCINE EVANS 3% 15g Pommade	8 jours	mono-patient			
BETADINE ALCOOLIQUE 5% 125 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE BAIN DE BOUCHE 125 ml Bain de bouche	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE DERMIQUE 10 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE DERMIQUE 125 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE DERMIQUE 500 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE GYNECOLOGIQUE 125 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE OPHTALMO 5% 20 ml Ophtadose	utilisation extemporanée				
BETADINE POMMADE 100 gr Pommade	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE SCRUB 125 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BETADINE SCRUB 500 ml Liq usage ext	6 mois (RCP)	température ambiante			
BIOCIDAN Collyre	28 jours	à 1° < 25°C, mono-patient			
BRINZOLAMIDE Collyre	28 jours				
CELESTENE 50 mg 30 ml Gouttes buvables	2 mois	à 1° < 25°C et à l'abri de la lumière			
CERULYSE Gouttes auriculaires	1 mois	mono-patient			
CETAVLON 80g Crème	1 mois				

Vérification de la conformité du traitement à la prescription afin de sécuriser l'administration des médicaments multidoses.

Ce point a été vérifié sur place et est effectif du fait de l'utilisation de tablettes reliées à [REDACTED] et de la présence sur le chariot de distribution du classeur contenant les copies des dernières ordonnances à jour.

3.8. Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs (4.2)

3.8.1. Recommandations notifiées le 21 octobre 2024 faisant suite à la visite sur site du 26 janvier 2024

LD2/2024	Reco	23	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	4.2	42	S	La direction devrait : -réactualiser les conventions le liant avec les services d'HAD ;- s'assurer de la signature d'une convention avec un établissement de santé ;-améliorer sa connaissance des acteurs médico-sociaux et sanitaires locaux et développer les partenariats locaux.	Nous avons des conventions formalisées avec nos partenaires. Nous prenons note de développer nos partenariats locaux. Nous avons Rdv avec le [REDACTED] à la fin du mois d'août.	L'établissement n'apporte qu'en partie réponse à la mesure envisagée. La convention signée avec un établissement de santé n'a pas été transmise. Il est pris note du rendez-vous avec le [REDACTED]	Recommandation maintenue, dans l'attente de la communication des conventions élaborées ou mises à jour, et d'un retour d'information de la rencontre avec le [REDACTED]
----------	------	----	---	-----	----	---	---	--	---	---

3.8.2. Eléments transmis par le gestionnaire à la suite de la notification du 21 octobre 2024

L'établissement a transmis trois conventions conclues avec des partenaires extérieurs :

- une convention avec [REDACTED], chargée de porter et d'organiser le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC), signée [REDACTED]
- une convention avec le [REDACTED], non datée, portant sur les activités proposées aux seniors ;
- une convention avec [REDACTED], signée le [REDACTED]

3.8.3. Constats faits dans le cadre du contrôle du 16 janvier 2025

La mission relève que :

- La convention avec le [REDACTED] n'est pas signée des deux parties ;
- La convention de partenariat avec [REDACTED] est datée du 6 novembre 2024, mais n'est pas signée du directeur [REDACTED]
- L'établissement dispose d'une convention datant de mai 2008, sur la facilitation d'accès aux consultations gériatriques ou mémoire, HdJ et USLD avec [REDACTED]. Cette convention est à actualiser avec la nouvelle direction ;
- Par ailleurs, il n'a pas été transmis de convention avec un service d'urgence, une Filière Gériatrique, une EMG, ou un service de soins palliatifs. Sur ce dernier sujet, l'établissement a produit un document intitulé « procédure Soins Palliatifs » qui n'est pas une procédure mais une présentation de la politique de Clinalliance en la matière. Elle n'est pas propre à l'établissement et ne permet pas de constater l'existence de lien avec une EMSP (et non pas EMG).

Remarque 26 : Les conventions partenariales ne sont pas finalisées (conventions non dûment signées avec le CCAS de Volsins-le-Bretonneux et l'hôpital La Porte Verte ; convention à actualiser avec le Centre Hospitalier de Plaisir).

4. Récapitulatif des écarts et des remarques

4.1. Écarts

Ecart 1. : Le contrat de travail signé du MedCo, qui permet de garantir les conditions d'exercice (planning hebdomadaire des présences, quotité mensuelle de temps consacré à la fonction de coordination, temps annexe consacré à la prescription) ainsi que de préciser le ou les lieux d'exercice n'a pas été transmis. En conséquence la mission ne peut pas valablement vérifier les dispositions prévues à l'article D312-156 du CASF du CASF (0,6 ETP de coordination pour un EHPAD de 74 places actuellement installées).	15
Ecart 2. : Les documents transmis permettent d'identifier l'existence tracée d'un suivi nutritionnel des résidents à partir de la prise de fonction récente du TéléMedCo. L'analyse détaillée du dernier fichier de suivi nutritionnel du 17/01/2025 montre que, malgré l'intervention du TéléMedCo, le classement des résidents par statut nutritionnel, et le traitement des résidents dénutris sont actuellement lacunaires et imprécis, ce qui est susceptible d'impacter la qualité et la sécurité des prises en charge. Ref : L311-3° CASF.	34
Ecart 3. : L'établissement n'a pas établi de RAMA pour l'année 2023, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (10°) du CASF.	48
Ecart 4. : Le 16/01/2025, les missions de coordination médicale <u>ne sont pas assurées pour les points suivants</u> mentionnés à l'art D312-158 du CASF, mais le médecin prescripteur supplée en tout ou partie pour certaines d'entre elles, indiquées ci-après :	50
1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.	50
3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an. <u>Suppléance par le médecin prescripteur.</u>	50
4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. <u>Suppléance par le médecin prescripteur.</u>	50
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;	50
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique. <u>Suppléance par le médecin prescripteur.</u>	50
10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ; Absence de RAMA 2023, pas de rattrapage.	50
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémedecine ;	50
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 ; <u>Suppléance par le médecin prescripteur.</u>	50

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement. <u>Suppléance par le médecin prescripteur.</u>	50
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. <u>Suppléance par le médecin prescripteur.</u>	50
Ecart 5. : Les plannings sont difficilement compréhensibles (même agent émergeant sur plusieurs lignes ; mention de plusieurs agents sur un seul et même poste ; agents non désignés nominativement), non uniformes en termes de contenu, ne permettant pas de s'assurer de la présence au quotidien du personnel qualifié requis pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Ce constat contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1° du CASF.	56
Ecart 6. : L'établissement affecte à la prise en charge en soins des résidents, des professionnels (AMP, voire du personnel non qualifié- ASH) [REDACTED]. L'établissement n'est donc pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient à l'obligation énoncée aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF. De plus, ces personnes non qualifiées pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal de la profession d'AS. Articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.	56
Ecart 7. : L'établissement affecte du personnel AMP aux soins des résidents pendant la nuit. Cette situation présente un risque pour la sécurité et la qualité de la prise en charge, ce qui contrevient aux articles L.311-3 ,1° et L.311-3,3° du CASF.	58
Ecart 8. : L'établissement ne dispose pas du dossier du professionnel en CDD. Il ne vérifie donc pas son diplôme et sa qualification, ce qui peut avoir un impact sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3,1 ^{er} du CASF).	59
Ecart 9. : Les temps de réponse aux appels malades restent pour certains, encore longs, ne garantissant pas une totale sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1 ^{er} du CASF.	62
Ecart 10. : L'établissement ne garantit pas la sécurité des résidents (locaux de ménage et DASRI non fermés). L'établissement ne respecte pas, par ailleurs, les règles de bionettoyage (chat déambulant ; salon de coiffure non entretenu), ce qui ne permet pas de participer à la prévention du risque infectieux. Ces situations contreviennent aux dispositions de l'article L.311-3-1 ^{er} du CASF.	64
Ecart 11. : L'étude de la traçabilité de l'administration des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa prescrits chez [REDACTED] résidents du 17/01 au 24/01/2025 montre que seulement [REDACTED]% enregistrements de l'administration sont effectués directement sur tablette et que l'enregistrement est fait dans la très grande majorité à distance de l'heure prévue [REDACTED], sauf pour les prises prescrites à 20h00 où il est systématiquement anticipé ([REDACTED]). L'anticipation de la saisie d'une administration non encore réalisée constitue un écart majeur, car il dénote un défaut de fiabilité de la réalité des soins enregistrés et tracés . Réf : Art R4311-2, 4 et 5 du CSP (mission et rôle propre de l'IDE, et délégations des IDE vers les AS/AES/AMP).	70
Ecart 12. : Sur la période du 17/01 au 24/01/2025 étudiée, absence d'administration tracée des médicaments antiparkinsoniens à base de Lévodopa pour [REDACTED]% des prises prescrites. Or il est recommandé de : a) Vérifier que l'observance au traitement est bonne et rappeler son importance à court comme à long terme ; b) Expliquer les dangers de l'arrêt brutal des médicaments dopaminergiques exposant à un risque de « syndrome malin des neuroleptiques ». Réf. : Guide du parcours de soins- Maladie de parkinson, HAS, septembre 2016, p.37.Réf : Art R4311-2,4 et 5 du CSP (mission et rôle propre de l'IDE, et délégations des IDE vers les AS/AES/AMP).	72
Ecart 13. : Plusieurs anomalies de configuration des habilitations [REDACTED] ont été identifiées, dont notamment en ce qui concerne l'absence de respect du secret partagé par l'équipe de soins, la possibilité pour les IDE et cadre IDE de créer ou modifier les prescriptions médicales, la possibilité pour les ASH de créer des plans de soins et de signer des soins et la possibilité pour la direction et les animateurs de créer des entrées médicales dans le PPI (ici « épilepsie »). Réf. : Articles L1110-4 et 12 CSP.	90
Ecart 14. : Les toilettes effectuées ne sont pas tracées en temps réel et les professionnels ne sont pas identifiés conformément à leur fonction (un aide-soignant ne doit pas être noté agent hôtelier), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3-1 ^{er} du CASF.	95

Ecart 15. : Dans les fiches de poste transmises, les missions relatives à leurs interventions dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse sont identiques pour les AS et les AMP. Or, contrairement aux AS, les AES/AMP ne peuvent pas se voir « <i>confier par l'IDE la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant</i> », leur compétence étant dans ce cas limitée à l'aide à la prise assimilée à un acte de la vie courante. Réf. : Articles L4311-2, R4311-4 et L4391-1 CSP ; Articles L313-26, D312-155-0 et L.311-3 CASF ; Décret no 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social	105
Ecart 16. : Une démarche est en cours en vue de l'habilitation à l'aide à la prise médicamenteuse - y compris sous forme cutanée, oculaire et ORL - de 4 personnels. Or deux de ces personnels sont identifiés comme ASH dans le registre unique du personnel qui a été transmis. N'étant pas soignants, et sauf VAE ou formation diplômante en cours (AS ou AES/AMP), ces personnels n'ont pas vocation à participer à la prise en charge médicamenteuse. Réf. : articles L4311-2, R4311-4 et L4391-1 CSP ; art L313-26, D312-155-0 et L.311-3 CASF, ; Décret no 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.	107
Ecart 17. : Les conventions liant l'EHPAD avec des professionnels de santé libéraux ne sont pas pour certaines, dûment établies et signées. En outre, le justificatif de refus de signer la convention de coopération par le [REDACTED] n'est pas produit, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.313-30-1 du CASF.	109

4.2. Remarques

Remarque 1 : La quotité de temps de travail du MedCo indiquée dans le projet d'établissement 2024-2029 est de [REDACTED] ETP (cf. figure 9 infra). Or cette quotité doit être d'un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places. Le contrat annoncé couvrant un [REDACTED] ETP tout compris, le temps de prescription prévu ne devrait pas dépasser 0,2 ETP.	15
Remarque 2 : Dans l'éventualité de la mise en œuvre d'une unité réservée aux patients atteints de syndromes parkinsoniens, une action du MedCo va être requise afin de préciser le projet de soins qui concernera spécifiquement cette unité. Ref : Recommandations HAS concernant la prise en charge de la maladie de Parkinson https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058428/fr/maladie-de-parkinson	26
Remarque 3 : La « Procédure d'évaluation et de prise en charge de la dénutrition » (Réf : PRC-MED-002, Version : 2, Date MAJ : 17/05/2022) ne correspond pas aux recommandations de la HAS. Ref : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles HAS, avril 2007.	34
Remarque 4 : Il y a une véritable évaluation régulière de la douleur pour l'ensemble des résidents. Cependant l'évaluation de la douleur est fréquemment réalisée et tracée dans [REDACTED] par des agents hôteliers. Les enregistrements des valeurs observées sur l'échelle de recueil de la douleur sont réalisés de façon différée à distance de l'évaluation.	39
Remarque 5 : Pour les deux sujets « plaies/cicatrisation » et « douleur », le TéléMedCo a assuré des séances d'information à partir de supports génériques plus qu'une réelle prise en compte de situations individuelles particulières.	40
Remarque 6 : La mission considère qu'il existe un suivi effectif des prescriptions de contentions, que celui-ci est assuré par le médecin prescripteur. Cependant elle n'a pas été destinataire d'éléments traçant l'existence de réunions permettant d'en discuter collégialement de façon interdisciplinaire.	41
Remarque 7 : Ni le TéléMedCo ni le médecin prescripteur ne coordonnent les évaluations gériatriques qui sont pourtant réalisées.	45

Remarque 8 : La mission relève que le temps de travail hebdomadaire de certains professionnels (AS de nuit titulaires ; AS de jour) ne respecte pas la réglementation et que les agents travaillant en [REDACTED] ne bénéficient pas systématiquement de trois jours de repos après deux jours de travail, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents. 57	
Remarque 9 : Les plannings étudiés ne permettent pas d'avoir une connaissance de la présence quotidienne des professionnels de l'EHPAD (absence de la directrice ; présence du médecin-coordonnateur alors que poste vacant ; sous-effectif ou sureffectif certains jours sur des postes d'IDE).	58
Remarque 10 : La mission rappelle à la direction que les missions des AMP/AES ne sont pas identiques à celles des AS.	58
Remarque 11 : La mission rappelle à la direction que les ASH, n'étant pas des soignants et sauf VAE ou formation diplômante en cours (AS), ne peuvent participer à la prise en charge en soins des résidents.	58
Remarque 12 : La mission attire l'attention de la direction sur le nombre d'accidents de travail ainsi que sur les retards et les absences inopinées chez les aides-soignants de jour ; ces derniers pouvant impacter la prise en charge des résidents.	59
Remarque 13 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont pas complets (fiche de fonction non systématiquement présente) et ne sont pas tenus à jour (vérification du bulletin N° 3 du casier judiciaire non précisée ; situation au RPPS non régularisée).	60
Remarque 14 : Toutes les actions inscrites dans le PAQ ne sont pas suivies par une personne référente, nommément désignée.	82
Remarque 15 : Contrairement aux dires de l'établissement, la mission n'a pu constater la mise en place de comités de suivi .	88
Remarque 16 : La finalité des commissions mises en place au sein de l'EHPAD n'est pas suffisamment définie et la mission ne peut s'assurer du mode de diffusion des informations auprès des personnels concernés.	89
Remarque 17 : Les salles de stockage des protections ne sont pas fermées à clé et le suivi de la gestion des stocks n'est pas pleinement assuré.	94
Remarque 18 : Seuls [REDACTED] % des enregistrements de l'administration des médicaments antiparkinsoniens sont effectués directement sur tablette. Contrairement à ce que l'établissement déclare, l'utilisation des tablettes n'est pas généralisée.	99
Remarque 19 : Le positionnement et les missions de la cadre administrative ne sont pas clairement définis (cadre administrative ou assistante de direction ; absence de délégation de signature), pouvant impacter la continuité de la gestion de l'EHPAD en l'absence de la directrice. La procédure en cas d'absence de la directrice n'est pas actualisée. 111	
Remarque 20 : L'organigramme transmis à la suite de l'inspection n'est pas à jour, s'agissant des ASH soins (l'une ayant obtenu son diplôme d'aide-soignante ; un accompagnement pour suivre une formation d'aide-soignante ayant été proposée à la seconde).	111
Remarque 21 : Le linge plat n'est pas dûment protégé et les espaces dédiés au stockage du linge et au matériel électroménager ne sont pas rangés et entretenus.	115
Remarque 22 : Le matin, les contraintes de plan de charge IDE ne permettent pas la saisie immédiate des administrations médicamenteuses via les tablettes. D'autre part, le wifi ne fonctionne pas toujours correctement dans l'ensemble de l'établissement. La recommandation de traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel n'est pas complètement mise en œuvre.	119
Remarque 23 : Les ASH participent à l'évaluation de la douleur des résidents alors qu'elles n'ont pas de compétences soignantes.	119
Remarque 24 : La salle de soins infirmiers est un local multiusages qui restait très encombré le 16/01/2025.	120
Remarque 25 : La date d'ouverture est inscrite sur les conditionnements des formes multidoses buvables mais la durée maximale ou la date limite de leur utilisation n'est pas indiquée.	122
Remarque 26 : Les conventions partenariales ne sont pas finalisées (conventions non dûment signées avec le [REDACTED] et [REDACTED] ; convention à actualiser avec [REDACTED]).	125

5. Bilan de la mise en œuvre des injonctions prononcées lors des précédentes inspections

Les injonctions ayant fait l'objet de mesures correctives :

- La mise en place et le suivi d'une politique de gestion des risques et des événements indésirables ;
- La présence d'une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- L'absence d'un système de détection des chutes actif, mais une prévention assurée via l'adaptation de l'environnement et des équipements ;
- La formalisation d'un PAI pour chaque résident, réévalué annuellement ;
- Une utilisation large du [REDACTED] par les professionnels médicaux et soignants ;

Les injonctions n'ayant pas fait l'objet de mesures correctives :

- Une absence de médecin-coordonnateur palliée pour certaines missions par un TéléMedCo et un médecin-prescripteur ;
- Une gestion des ressources humaines qui ne permet pas de s'assurer au quotidien, de la présence de personnel qualifié requis pour la prise en charge et l'accompagnement des résidents ;
- Un établissement qui continue de recourir à du personnel non qualifié pour la prise en charge en soins des résidents ;
- L'affectation à la prise en charge en soins la nuit, de professionnels non titulaires du diplôme d'ASDE ; des ASH, sauf VAE ou formation qualifiante en cours, qui participent à la prise en charge en soins ;
- Un temps de réponse aux appels malades, restant encore long ;
- Une sécurité et un entretien de tous les locaux, à parfaire ;
- Une traçabilité inconstante de l'administration des médicaments, dont notamment des traitements antiparkinsoniens ;

-Un enregistrement différé (a priori ou a posteriori) de l'administration des médicaments antiparkinsoniens, qui ne permet pas de savoir si les horaires de prise, importants pour le traitement de cette pathologie particulière, sont respectés.

6. Conclusion

Une nouvelle inspection de suivi menée de manière inopinée au sein de « l'EHPAD REPOTEL », a permis aux membres de la mission d'observer une amélioration quant à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement.

Une évolution positive a été relevée en termes de prise en charge des résidents.

La mission a vérifié l'effectivité de mesures correctives, dont :

- un nouveau projet d'établissement couvrant la période 2024-2029 ;
- une démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques mise en œuvre ;
- une politique de promotion de la bientraitance effective ;
- l'évaluation de tous les PAI des résidents en 2024, et la programmation de leur réévaluation en 2025 ;
- au niveau des soins, une absence de médecin-coordonnateur palliée en partie par la présence d'un médecin-prescripteur et d'un médecin-télécoordonnateur ;
- de nombreuses commissions (chutes ; nutrition ...) mises en place ;
- le risque de chutes pris en compte au niveau institutionnel ;
- un suivi régulier de la douleur ;
- le suivi effectif des prescriptions de contentions ;
- une utilisation large du [REDACTED] par les professionnels médicaux et soignants.

Pour autant, elle a noté que des mesures correctives, dont plusieurs ont déjà fait l'objet d'injonctions, restent à mener à leur terme :

- la transmission du contrat de travail signé de la médecin-coordonnatrice, en poste depuis [REDACTED] garantissant ses conditions d'exercice (dont les temps dédiés à la coordination ainsi qu'à la prescription) ;
- la clarification des missions et du positionnement de la cadre administrative, au titre de la continuité de gestion de l'EHPAD ;
- le recours à du personnel qualifié pour la prise en charge en soins et médicamenteuse des résidents ;
- l'entretien et la sécurisation de tous les locaux ;
- l'amélioration du temps de réponse aux appels malades ;
- la traçabilité en temps réel, des toilettes ;
- en matière de soins, le respect de la configuration des habilitations [REDACTED] ;
- la complète mise en œuvre de la traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel au moyen des tablettes, dont le fonctionnement est à assurer dans l'ensemble des locaux (réseau Wifi) ;
- la signature de conventions avec des professionnels libéraux.

L'organisme gestionnaire et la directrice de l'établissement doivent achever de mettre en œuvre, les mesures correctives qui leur avaient été enjointes et prescrites.

Saint-Denis, le 13 mai 2025

La chargée d'inspection autonomie
CD des Yvelines

La chargée d'inspection autonomie
CD des Yvelines

Le pharmacien-inspecteur
de santé publique

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

L'inspectrice de l'action sanitaire et sociale coordonnatrice de la mission

L'inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Le médecin-inspecteur de santé publique

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

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 : Auxiliaires 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

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

DLU : dossier de liaison d'urgence

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur

PE : Projet d'établissement

PVP : Projet de vie personnalisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

8. Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle

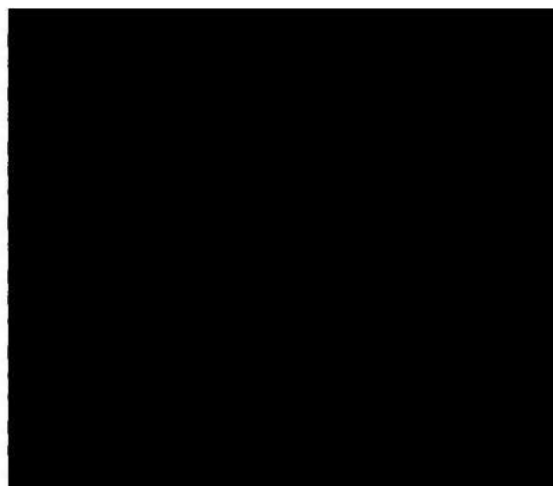


Yvelines
Le Département

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

**Délégation départementale de l'ARS
des Yvelines**

Conseil départemental des Yvelines



Références : SIICEA_2025_IDF_00004

Saint-Denis, le 10 janvier 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection

Mesdames, Messieurs,

L'établissement EHPAD « REPOTEL », situé 38, rue aux Fleurs 78960 Voisins-le-Bretonneux (N° FINESS ET 780823928), est géré par le groupe REPOTEL et dispose d'une capacité autorisée de 74 places d'hébergement permanent, non habilitées à l'aide sociale.

Il a fait l'objet :

- D'une première inspection menée en novembre 2022 qui portait sur la qualité de la prise en charge en termes d'accompagnement et de suivi médical des résidents.
- Puis d'une inspection de suivi de cette première mission, menée conjointement le 26 janvier 2024 par l'Agence régionale de santé Ile-de-France et le Conseil départemental des Yvelines.

Au terme de la procédure contradictoire concernant cette seconde mission, le courrier conjoint de décisions en date du 21 octobre 2024 comportait cinq injonctions, sept prescriptions et dix-sept recommandations portant notamment sur :

- Le recrutement d'un médecin-coordonnateur avec un temps dédié à la coordination conforme (injonction) ;
- La mise en place du recours à du personnel diplômé AS et AES (injonction) ;
- La stabilisation des effectifs soignants (injonction) ;
- Un système d'appel malade (montre-alarme) fonctionnel en journée comme la nuit (injonction) ;
- L'absence de communication du support unique de transmission utilisé et du document justifiant la traçabilité en temps réel des soins et de l'administration des médicaments (injonction) ;

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

- Un projet d'établissement à finaliser (prescription) ;
- Une politique globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance à poursuivre et à finaliser (prescription) ;
- La signature de convention d'exercice, avec les professionnels de santé libéraux intervenant en tant que médecins traitants (prescription).

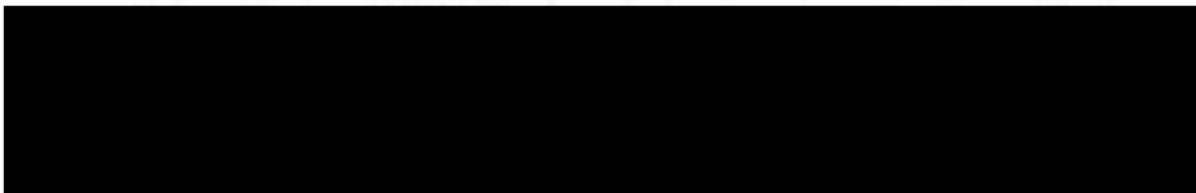
Des éléments de preuve répondant aux injonctions, prescriptions et recommandations notifiées ont été transmis par l'organisme gestionnaire le 6 décembre 2024.

Toutefois, au regard de la situation constatée sur site le 26 janvier 2024 - des mesures correctives annoncées comme mises en œuvre depuis l'inspection conduite en novembre 2022, alors qu'elles ne l'étaient pas- , il a paru important de vérifier à nouveau sur place l'effectivité des actions correctives apportées, et notamment de celles ayant précédemment fait l'objet d'injonctions.

Dans ce contexte, une mission de suivi de cet établissement a été inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle 2025.

La mission débutera à compter du 16 janvier 2025 et sera assurée par :

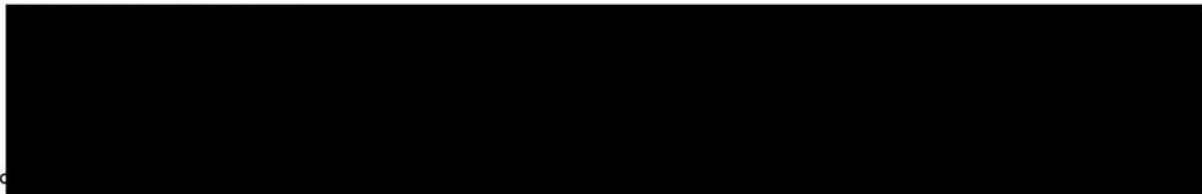
- Pour l'ARS



Qui seront accompagnés de



- Pour le Conseil départemental



L'inspection

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP).

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP² et L.133-2 du CASF³ 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.

¹ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

² Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des 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 ».

³ 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 ».

En particulier, il est demandé conformément aux l'article L.1421-1 et 3 du CSP que le [REDACTED] et [REDACTED] puissent se voir ouvrir pour une durée d'un mois des droits d'accès distant aux dossiers de soins, dossiers médicaux et tous documents accessibles sous paramétrages respectifs de « médecin coordonnateur » et « pharmacien d'officine » dans le système d'information Netsoins™. L'absence de création de ces accès pourrait relever de l'application des dispositions prévues par l'article L.1427-1 CSP⁴.

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.

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

P/ Le Président du
Conseil Départemental des Yvelines
Et par Délégation

⁴ Article L. 1427-1 CSP : « Le fait de faire obstacle aux fonctions des agents mentionnés aux articles L. 1421-1, L. 1435-7 et L. 5313-1 est puni d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ».

Annexe 2 : Liste des documents demandés et bilan des transmissions réalisées

Jeudi 16 JANVIER 2025
Inspection de suivi de l'EHPAD REPOTEL à Voisins le Bretonneux
Liste des documents à consulter et/ou à transmettre (en indiquant le n°)

A) Documents à remettre en début de mission

N°	Document	Transmis/Réalisé : O/N
1	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bâtiment/N° chambre	OUI
2	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD le jour de la visite (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc...) avec leur fonction, affectation (format EXCEL et PDF)	OUI
3	Organigramme nominatif à jour de l'EHPAD	OUI
4	Planning nominatif des salariés présents, dont vacataires (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations)	OUI
5	Un plan des locaux et code d'accès le cas échéant	OUI

B) Documents consultés sur place

N°	Document	Consulté : O/N
A	Dossiers administratifs des résidents dont contrat de séjour et annexe	OUI
B	Dossiers de soins	OUI
C	Dossiers médicaux et de soins des résidents	OUI
D	Dossiers RH des salariés -CDI, CDD, vacataires (5-6 dossiers)	OUI
E	PPA/PAI/PAP	OUI
F	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	OUI
G	Registre des délégués du personnel	OUI
H	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	OUI

C) Documents consultés sur place et dont une copie est à remettre en fin de matinée

N°	Document	Consulté : O/N	Transmis : O/N
6	Liste nominative des chutes intervenues au 2ème semestre 2024	OUI	OUI
7	Liste nominative des résidents avec contention et type de contention	OUI	OUI
8	Liste des kinésithérapeutes qui interviennent au sein de l'EHPAD	OUI	OUI
9	Liste des patients pris en charge en kinésithérapie	OUI	OUI
10	Dossiers d'admission des 5 résidents dont les admissions sont les plus récentes	OUI	OUI
11	Liste nominative des 3 hospitalisations les plus récentes et dates	OUI	OUI
12	Liste nominative des résidents dénutris et très dénutris	OUI	OUI
13	Liste nominative des résidents présentant un syndrome de parkinson traité	OUI	OUI
14	Liste nominative des résidents avec traitement insulinaire injectable	OUI	OUI
15	2 dernières interventions HAD : dates et noms des résidents	OUI	OUI

D) Connexion NetSoins à établir

N°	Tache	Transmis/Réalisé : O/N
I	Accès à NetSoins pour Dr Termignon (MISP) avec profil utilisateur comparable à celui du Dr Favre (télémedco) et pour Mme Lallement (PHISP) pour une durée d'un mois.	OUI

1/4

E) Documents consultés sur place et dont une copie est à remettre en fin de journée

N°	Document	Consulté : O/N	Transmis : O/N
16	Procédure d'évaluation des risques de fausse route et des troubles de la déglutition	OUI	OUI
17	Procédure d'évaluation et de réévaluation gériatrique des résidents	OUI	OUI
18	Liste nominative des résidents avec régimes (et type de régime)	OUI	OUI
19	Liste nominative des résidents avec compléments alimentaires (et type de complément)	OUI	OUI
20	Liste nominative des résidents nécessitant une aide active pour les prises alimentaires	OUI	OUI

Extraction Netsoins sur 10 jours des administrations de traitements pour 2 résidents Parkinsoniens OUI le 29/01/2025
Extraction Netsoins sur 1 semaine pour 2 résidents : évaluation de la douleur et suivi des soins OUI le 29/01/2025

E) Documents demandés à déposer sur la plateforme sécurisée de l'ARS IDF Bluefiles™.

A l'attention de Sophie PASQUIER au plus tard le vendredi 24 janvier 2025 – Lien Bluefiles™ :

<https://bluefiles.com/app/dropage/fr/926d65c437f1734017c4a942ea53f2a98f858ca5c9bf689a686e54f187fc7bb5/337061/8420dc48c12d2758f85be926>

Voir notice d'emploi

N°	Cs sur place	Document	Transmis
21		CR des réunions d'analyse des pratiques organisées en 2024 avec liste d'émargement	OUI
22		Factures acquittées pour les réunions d'analyse des pratiques organisées en 2024	OUI
23		Facture Siel Bleu (APA) d'août à décembre 2024	OUI
24		Contrat avec un prestataire concernant la maintenance du système d'appel malade et la production des relevés d'appel	OUI
25		Relevé des temps de réponse aux appels malades décembre 2024	OUI
26		CR des réunions de la commission des chutes en novembre et décembre 2024	OUI
27	Cs sur place	Procédure d'analyse, prise en charge et prévention des chutes	OUI
28		Calendrier de mise à jour/réévaluation des PAI 2024	OUI
29		CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/01/2024	OUI
30		Dernier questionnaire de satisfaction 2024	OUI
31		Elections du CVS fin 2024 et composition	OUI
32		Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	OUI
33		Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur l'année 2024, des EI-EIG, EIAS, le plan d'actions correctives mises en œuvre et, le cas échéant, leur déclaration aux autorités de contrôle (ARS-CD)	OUI
34		Règlement de fonctionnement de l'EHPAD	OUI
35		Inventaire des matériels de contention	OUI
36		Procédure de décision, de prescription et de mise en œuvre d'une contention	OUI
37		Contrats de location ou factures des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres pour 2024	OUI
38		Liste des chambres équipées en rails/lève personnes	OUI
39		Factures 2024 achats de crèmes prévention des escarres	OUI
40		Factures 2024 eaux gélifiées	OUI
41		Factures 2024 gants	OUI
42		Factures 2024 produits diététiques enrichis	OUI
43		Factures 2024 protections contre l'incontinence	OUI
44	Cs sur place	Matrice 1 d'habilitation NetSoin : droits d'accès ouverts par catégories de métiers	OUI
45	Cs sur place	Matrice 2 d'habilitation NetSoin : coorespondance entre la liste nominative des personnes autorisées à accéder à Netsoins (y compris intervenants extérieurs et personnels du groupe Repotel) & catégories de métiers	OUI
46		Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD des mois de novembre et décembre 2024	OUI
47		Calendrier des astreintes depuis septembre 2024	OUI
48		Dernier rapport d'évaluation externe	OUI
49		Diplômes et fiches de poste de l'ensemble du personnel de l'EHPAD	OUI
50		Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	OUI

2/4

51		Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/AES et ASH de jour et de nuit	OUI
52		Maquette organisationnelle de l'équipe de jour et de nuit+ le nombre de soignants par jour et par nuit, par étage et par catégorie professionnelle	OUI
53		Plan de formation réalisé 2024 et prévisionnel 2025, attestations des formations suivies	OUI
54		Planning des équipes de soins jour/nuit des deux derniers mois (y compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par secteur (avec précision/ légende des sigles utilisés).	OUI
55		Planning et CR des CODIR EHPAD réalisés depuis le 06/2024	OUI
56		Planning mensuel de tous les personnels jour/ nuit pour les deux derniers mois, avec légende des sigles utilisés.	OUI
57		Registre unique du personnel (format Excel) : CDI, CDD, stagiaires avec historique des entrées et sorties depuis février 2024	OUI
58		Subdélégation de la cadre administratif	OUI
59		Tableau de l'état des ETP budgétés et des ETP réels en poste (tableau Excel et pdf)	OUI
60		Contrat Télémédecare avec détail des prestations (Cahier des clauses techniques)	OUI
61	Cs sur place	CR des 3 dernières commissions gériatriques	OUI
62		CR des réunions organisées en 2024 avec la présence du MedCo Télémédecare	OUI
63	Cs sur place	Dates des visites sur site du medCo Télémédecare	OUI
64		Factures Télémédecare 2024 : acquittées et présentées non encore acquittées	OUI
65		Fiche de poste/fonction du futur MedCo	OUI
66		Fichier du journal de connexion NetSoins du Dr Favre et du Dr Soulier	OUI
67	Cs sur place	Liste de tous les protocoles et procédures de soins	OUI
68		Procédure d'admission d'un nouveau résident	OUI
69	Cs sur place	Procédure de diagnostic et de prise en charge de dénutrition	OUI
70		Procédure d'évaluation des GIR	OUI
71		Projet de contrat de travail avec futur MedCo	OUI
72	Cs sur place	Protocole de prise en charge de la douleur	OUI
73		RAMA 2023	OUI
74		Contrat de travail du médecin prescripteur (Dr Soulier)	OUI
75		Fiche de poste/fonction du médecin prescripteur	OUI
76		CR des 3 dernières commissions nutrition	OUI
77		Inventaire des matériels antiescarre	OUI
78		Inventaire des matériels de pesée : balances, chaises, pesons	OUI
79	Cs sur place	Tableau nominatif des poids et résultats d'albuminémie pour tous les résidents	OUI
80		CR d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	OUI
81		Projet d'animation, programme d'animation des mois de novembre, décembre 2024 et de janvier 2025 et derniers CR de la commission animation	OUI
82		Convention(s) avec un(des) hôpitaux disposant d'un service spécialisé de neurologie	OUI
83		Procédure d'évaluation et de prise en charge médicales et paramédicales des symptômes parkinsoniens	OUI
84		Projet de soins de l'unité parkinson	OUI
85	Cs sur place	Ensemble des procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse, dans leurs versions actuelles	OUI
86		Fiche de tâche horaire des AS de nuit	OUI
87		Fiche de tâche horaire des ASH de nuit	OUI
88		PPAP/PPI : pour chaque résident, date du dernier réalisé et date du prochain prévu	OUI
89		Convention avec filière gériatrique et une équipe mobile gériatrique (EMG)	OUI
90		Convention avec services ou secteurs de psychiatrie, consultation de gériopsychiatrie	OUI
91		Procédure de prise en charge et d'accompagnement en fin de vie	OUI

Rappel réglementaire :

Article L1421-3 CSP

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre autres mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications.

Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

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.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

Article L1427-1 CSP

Le fait de faire obstacle aux fonctions des agents mentionnés aux articles L. 1421-1, L. 1435-7 et L. 5313-1 est puni d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Annexe 3 : Liste des professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue

- La directrice ;
- La cadre administrative ;
- Le médecin-prescripteur ;
- Le médecin-télécoordonnateur ;
- L'IDEC ;
- L'IDE référente ;
- La psychologue ;
- L'animatrice ;
- La gouvernante ;
- Le président du CVS ;
- Une IDE ;
- Des aides-soignants de jour et de nuit ;
- Une ASH.

Annexe 4 : Consultations spécialisées

Consultation

Téléconsultation

Création le 14/03/2024 par TOKTOKDOC

I

Cher confrère, J'ai bien vu Interrogatoire du jour : L'entretien a été sollicité par rapport à un discours négatif. Perte de son époux dans un AVP. Antécédents à retenir : Maladie de Parkinson avec dysautonomie (hypoTA). 2013 COVID grave avec réanimation. Cancer du sein. Institutionnalisée depuis 07/2013 suite à des chute à domicile. Examen clinique du jour : Le contact est de bonne qualité. Elle présente un discours cohérent et informatif. Sa présentation est soignée et adaptée. Elle ne présente pas de ralentissement psychomoteur particulier. Elle se déplace en déambulateur. Elle évoque des idées noires en raison de la crainte de sa perte d'autonomie progressive secondaire au Parkinson. Elle ne relate pas d'idées suicidaires ni de velléités de passage à l'acte. Elle ne s'isole pas. Elle a noué des liens avec d'autres résidents. On ne relève pas d'anhédonie ni d'aboulie. On relève une asthénie diurne avec une sieste post prandiale. Le sommeil perturbé par un sentiment d'inconfort gastrique avec bouffées de chaleur. Elle évoque le deuil de son époux disparu à 40 ans dans un AVP lorsqu'ils étaient en vacance. On ne relève pas d'élément mélancolique de type incurabilité, pas d'idées ruines. Elle ne présente pas d'hallucination ni de délire construit. Conclusion du jour : Compte tenu de la symptomatologie anxio-dépressive associée à une pathologie de Parkinson, je propose de modifier l'antidépresseur avec un arrêt de la PAROXETINE en faveur de la MIANSERINE. Baisse de la PAROXETINE à 1/2 comprimé pendant 14 jours puis arrêt. Mise en place de MIANSERINE 10mg avec majoration de 10mg toutes les 3 semaines en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Je propose de refaire un point d'ici environ 2 mois. Médicaments prescrits ce jour : PAROXETINE (chlorhydrate) 20 mg cp : 1/2 comprimé par jour pendant 14 jours puis arrêt. MIANSERINE CHLORHYDRATE 10 mg cp : 1 comprimé au coucher majoration possible de 10mg toutes les 3 semaines jusqu'à 30mg. Bien confraternellement,

Consultation

Téléconsultation

Création le 08/06/2023 par TOKTOKDOC

Poids à ce jour : 58,1 kg Taille : 1,55m soit un IMC = 24 kg/m² Avis diététique demandé en mars suite diagnostic de sarcopénie sévère mixte mais syndrome de glissement en mars (alitée, perfusée, sous O2) associé à une perte de 10 kg (avis diététique reporté). A ce jour, reprise des 10 kg perdus, l marche à nouveau et est demandeuse. Elle a repris une alimentation correct, mange de tout plutôt sous forme de grignotage (mange les 3/4 de son plat). Elle aime les yaourts, le fromage..Alimentation en texture hachée mise en place avec une aide lors des repas. Recommandations diététiques à mettre en place : - Poursuivre ainsi, reprise d'une alimentation variée. - Enrichissement en protéine : 3 produits laitiers par jour, fromage 2 fois par jour, 2 portions de protéine (viande, poisson ou oeufs) par jour. - Aide lors des repas : si plus faim proposer en priorité le plat plutôt que l'entrée.

Consultation

Téléexpertise

Création le 02/03/2023 par TOKTOKDOC

Première évaluation Indice de Rockwood : 6, fragilité dans la cible Absence de données disponible concernant l'évolution du poids sur les 6 derniers mois IMC = 24 entre 21 et 30 normal Dynamométrie correspondant à une diminution très significative de la force musculaire SARC-F = 7 entre 4 et 8, en faveur d'une force musculaire globale altérée Albuminémie de moins de 3 mois = 27 g/l inférieure à 30 g/l, en faveur du caractère sévère d'une éventuelle dénutrition MNA mini non mesuré L'examen échographique a pu avoir lieu dans de bonnes conditions techniques et pratiques. Indice STAR = 0.4 inférieur au seuil limite en faveur d'une sarcopénie (1 pour une femme). Hyperéchogénicité musculaire significative pour l'âge. Architecture musculaire modérément altérée En conclusion, sarcopénie sévère mixte, masse musculaire et fonction musculaire, prédominant sur la masse musculaire Avis diététicienne nécessaire Prescription de kinésithérapie de renforcement musculaire A revoir en téléexpertise de sarcopénie sous 6 mois

Consultation

Téléconsultation

Création le 15/03/2024 par TOKTOKDOC

Vous parlons aujourd'hui de cette patiente qui a été institutionnalisée en juillet 2023 après une hospitalisation à Mignot, pour décompensation acidocétosique sévère. Depuis le patient est sous insuline lente sous protocole basal bolus avec Tougea 16 unités Apidra 4/4/4 ui. je relie les consignes du diabétologue qui demande à ce que la glycémie à jeun soit entre 1.20 g/L et 1.60 et que les glycémies postprandiales doivent rester < 2,50 g/l. Sur la dernière biologie la glycémie à jeun est à 1.81g/l HB glyquée est à 8.9% pour un objectif à 8%. On peut majorer le TGO à 18 unités au lieu de 16 UI le matin. elle a aussi une cardiopathie ischémique stentée sur l'IVA, cataracte bilatérale opérée mais également un glaucome dont sans autre précision sur la nature du glaucome de la fonction d'éjection du ventricule gauche mesurée sur L'ETT était à 78%, de la fonction rénale est normale. La patiente présente aussi des troubles cognitifs avec un dernier MMS évalué dans l'EHPAD en 2023 à 19 sur 30. Le motif de consultation est l'existence de troubles de l'hygiène corporelle, habillage parfois non adapté, par exemple descend au réfectoire en robe de chambre, hallucinations peu fréquentes, mais voit des personnes dans sa chambre avec des propos qui peuvent être parfois d'allure paranoïaque. Cette patiente me dit qu'elle a des troubles du sommeil parfois, qu'elle est un peu triste, ne me paraît pas anxieuse je propose pour commencer et de démarrer un traitement par Miansérine 10 mg préférant ce traitement à un IRS compte tenu de l'antécédent de glaucome. La Miansérine était augmenté à 20 mg jusqu'à 30 mg. Nous refferons le point dans un mois en téléconsultation. Cordialement |

Consultation EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs)

Création le 04/04/2024 par

Rencontre avec (équipe de Soins Palliatifs) ce jour avec discussion de l'AEG rapide de la résidente (environ 2 mois)

Explication des symptômes (Escarres au cou+talon, lymphoedème, AEG, Risque de trouble de la déglutition ect...)

Préconisation:

- Escarre: au talon en attendant l'échodoppler des MI pansement sec (compresse+bande) et au cou plaque hydrocellulaire type MEPILEX car suintement et zones qui macère
- Surveillance douleurs (EN) et repérer à quel moment ces douleurs apparaissent
- Suppression du RISPERDAL et LYSANXIA comme prévu sur l'ordonnance et suivre l'évolution
- Pour ses antécédents de crises épilepsie suppression du RIVOTRIL comme prévu sur l'ordonnance mais penser à un traitement en cas de crise car rupture du traitement DEPAKINE 500 signalé par la pharmacie et stock présent dans la structure fini hier urgemment voir avec le médecin traitant pour un traitement de remplacement type dose pédiatrique ou KEPPRA.

Vu par en salle commune, résidente dans l'échange avec elle, dit ne pas avoir de douleurs et Algoplus à 0/5. A la suite de cette échange, pense à un accompagnement non médicamenteux type relaxation avec une masseur, de la sophrologie en parler avec la tutrice. Poursuivre la mise au fauteuil, et penser au chat car mauvaise odeur dans la chambre.

Consultation

Téléconsultation

Création le 08/03/2024 par TOKTOKDOC

Patient âgé de 89 ans qui est entré à l'ehpad repotel en février 2022, nous ne connaissons pas les raisons de son institutionnalisation, ni l'antériorité de son comportement avant l'entrée en ehpad ni même si ce sont ces troubles du comportement qui ont conduit à l'institutionnalisation. Le patient a une maladie d'alzheimer sans notion de début de cette maladie ni de sa gravité. La famille pourrait sans doute apporter des renseignements à ce sujet. Ses antécédents sont marqués par une hypercholestérolémie et une hypertension, des troubles cognitifs étiquetés maladie d'Alzheimer, des troubles du comportement qui sont décrits dès juin 2022 des chutes, un patient malvoyant. Ce qui est au premier plan de ce sont les troubles du comportement d'une part et d'autre part l'incompréhension du patient sur des consignes simples également son incapacité à s'exprimer avec une jargonophilie qui rend toute communication difficile pour les soignants. Il est plutôt calme dans la journée mais s'agite dès qu'il est sollicité, mettant en difficulté la prise en charge par les soignants. Son traitement actuellement associe irbésartan hydrochlorothiazide 150/25, kardia 75 et risperdal 0.5 mg introduit depuis une semaine le soir. Il est difficile de juger l'efficacité de ce traitement. Nous faisons avec l'équipe soignante, en particulier avec les psychologues, l'inventaire neuropsychiatrique verso équipe soignante ou nous retrouvons pour : l'agitation et d'agressivité un score fréquences de gravité de 12 irritabilité et instabilité de l'humeur un score fréquence gravité de 12 pour comportement moteur aberrant un score fréquence gravité de score 12 aujourd'hui score donc total à 36. Il n'y a pas de trouble du sommeil ni de l'appétit il n'y a pas des idées délirantes à destination de syndrome dépressif pas de syndrome anxieux. Il existe probablement également des comportements désinhibés comme en témoigne l'étalement des excréments. Je crois qu'on peut rajouter donc 12 au score NPI qui est donc de qui est donc à 48. On peut laisser le traitement par neuroleptiques, on peut même l'augmenter dans un premier temps à 0.5 mg matin et soir sous couvert de faire un électrocardiogramme pour vérifier l'espace QT, puis l'augmenter à 1MG deux fois par jour. Il serait utile de suivre l'évolution des troubles du comportement sous ce traitement. La prise en charge psycho comportementale est bien en place. Sur la question du maintien de ce patient dans cette unité, ou bien sur son orientation en unité protégée dans un autre établissement, il semble que il soit difficile pour les soignants de prendre en charge maintenant ce patient, il semble que ses troubles du comportement peuvent porter sur les autres résidents dans les comportements de déambulation, entrée dans une chambre, agressivité. Il est donc possible que la bonne orientation ce patient maintenant soit celle du transfert vers une unité protégée Cordialement

Annexe 5 : Fiche de fonction du médecin prescripteur annexée à son contrat du 07/12/2022.

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin prescripteur :

1° participe, avec le concours de l'équipe soignante et du médecin coordonnateur, au projet général de soins.

2° Participe à la commission de coordination gériatrique, pilotée par le médecin coordonnateur, chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an. Le médecin prescripteur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

3° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

4° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

5° Contribue au dossier de soins informatisé des résidents dont il a la responsabilité ;

6° Participe, avec le concours de l'équipe soignante et du médecin coordonnateur, au rapport annuel d'activité médicale envoyé à l'ARS. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 2° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

7° Favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine ;

8° Réalise les prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement dont il a la charge.

Le médecin prescripteur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

Contribution au bon fonctionnement général de l'établissement

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR prend connaissance et respecte les protocoles établis.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR informe ses collègues et son responsable hiérarchique des tâches effectuées par le biais des processus de traçabilité établis.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR participe aux formations organisées.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR transmet les informations nécessaires à ses collègues ou à son responsable hiérarchique.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR informe ses collègues des problématiques rencontrées et des situations à résoudre par le biais d'un processus de signalement d'événement indésirable.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR agit dans l'intérêt du résident, de l'établissement et dans le respect de la personne.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR est en relation directe avec les résidents dont il a la charge, les familles, et respecte les règles essentielles de courtoisie.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR respecte le secret professionnel, les règles de confidentialité et de discrétion.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR facilite la communication entre la direction, les résidents et les familles.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR répond aux demandes des résidents et des familles, ou transmet les demandes à son responsable hiérarchique.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR utilise et entretient le matériel qui lui est confié dans un souci de maintenance.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR participe activement à la démarche qualité de l'établissement.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR participe au développement des bonnes pratiques notamment en matière de bientraitance.

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR participe à la prévention des risques (infection nosocomiales, escames, chutes, perte d'autonomie, etc.).

Le MÉDECIN PRESCRIPTEUR participe à l'accueil et à l'accompagnement de ses collègues et des stagiaires.

Le descriptif de ce poste n'est pas exhaustif ou limitatif, les fonctions y figurant pouvant évoluer pour tenir compte des exigences du service, et de la réglementation en vigueur.

Annexe 6 : Raison sociale de la société en charge de la prestation palliative et temporaire de télémédecine

The screenshot displays the Pappers.fr profile for 'Société TLMC TÉLÉMEDICARE'. The browser window shows the URL 'https://www.pappers.fr/entreprise/tmc-telemedicare-910639285'. The profile information is as follows:

Information	Value
Adresse :	RESIDENCE L'AILLAUE, BATIMENT G, 34 AVENUE OLLIVARY, 13008 MARSEILLE
Activité :	Autres services personnels n.c.a.
Effectif :	Entre 3 et 5 salariés (donnée 2022)
Création :	11/02/2022
Dirigeant :	TelMedTelFils

Buttons: 'Suivre cette entreprise' and 'Solvabilité'.

Information	Value
SIREN :	910 639 285
SIRET (siège) :	910 639 285 00014
Forme juridique :	SAS, société par actions simplifiée
Numéro de TVA :	FR70910639285
Inscription au RCS :	INSCRIT (au greffe de MARSEILLE, le 23/02/2022)
Inscription au RNE :	INSCRIT (le 23/02/2022)
Numéro RCS :	910 639 285 R.C.S. Marseille
Capital social :	10 000,00 €

Information	Value
Activité principale déclarée :	La conception et le développement de tous services de télémedicalisation, notamment innovants; la conception, le développement et la production de tous produits de télémedicalisation, notamment innovants... Voir plus
Code NAF ou APE :	96.09Z (Autres services personnels n.c.a.)
Domaine d'activité :	Autres services personnels
Forme d'exercice :	Commerciale
Convention collective :	Personnel des cabinets médicaux (médecin) - IDCC 1147
Date de clôture d'exercice comptable :	31/12/2025

Annexe 7 : Fiches de fonction du cadre infirmier et de l'IDE référente.

Reptotel Voisins-le-Bretonneux - Cadre infirmier

Sous l'autorité de la Direction Générale et de la Direction de l'établissement:

Vous êtes responsable de la surveillance et de l'organisation de l'hôtellerie et des soins de l'établissement :
Vous travaillez sous l'autorité de la Direction, en collaboration avec le médecin coordonnateur, le personnel soignant, paramédical et hôtelier salarié, ainsi qu'avec les intervenants libéraux.
Vous participez aux soins.
Vous dynamisez et motivez les équipes.
Vous organisez et surveillez le travail et l'attitude professionnelle des infirmiers, aide-soignants, ASH, et de tous ceux qui participent aux soins, à l'entretien des locaux et au service hôtelier.

Plus précisément :

Vous êtes responsable de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse.
Vous effectuez les soins infirmiers.
Vous organisez les soins.
Vous évaluez les charges de travail et les répartissez.
Vous contrôlez les soins.
Vous organisez les urgences médicales.
Vous organisez et contrôlez les dossiers de soins infirmiers.
Vous assurez une parfaite traçabilité des soins, et plus généralement de la prise en charge.
Vous participez au remplissage et à la gestion des grilles d'évaluation de la dépendance.
Vous participez à la rédaction et mise en place des différentes procédures de soins, d'hygiène, hôtelière, etc...
Vous participez au recrutement et à l'élaboration du planning.
Vous vérifiez chaque jour que chaque salarié est à son poste.
Vous participez à la formation du personnel aux méthodes de travail et à ses évolutions.
Vous contrôlez l'équilibre alimentaire des menus, et veillez au respect des régimes.
Vous contrôlez l'organisation de la distribution des repas.
Vous vérifiez à ce que soient en parfait état de propreté et d'entretien, les locaux d'hébergement, toutes les parties communes et les parties extérieures.
Vous accueillez les nouveaux résidents, et veillez à ce que les chambres soient prêtes pour les entrées.
En l'absence du Directeur, vous accueillez les familles, faites visiter les chambres disponibles, effectuez les réservations et participez aux actions commerciales.

Gestion des stocks :

En respectant les budgets alloués, vous gérez les stocks, préparez les commandes et distribuez : pharmacie, petites fournitures médicales, protections hygiéniques, produits d'entretien, linge.
Vous assurez la gestion du matériel médical.

Contribution au bon fonctionnement général de l'établissement

Le Cadre Infirmier (IDEC) prend connaissance et respecte les protocoles établis.
L'IDEC informe ses collègues et son responsable hiérarchique des tâches effectuées par le biais des processus de traçabilité établis.
L'IDEC participe aux formations organisées.
L'IDEC transmet les informations nécessaires à ses collègues ou à son responsable hiérarchique.
L'IDEC informe ses collègues des problématiques rencontrées et des situations à résoudre par le biais d'un processus de signalement d'événement indésirable.
L'IDEC agit dans l'intérêt du résident, de l'établissement et dans le respect de la personne.
L'IDEC est en relation directe avec les résidents, les familles, et respecte les règles essentielles de courtoisie.
L'IDEC respecte le secret professionnel, les règles de confidentialité et de discrétion.
L'IDEC facilite la communication entre la direction, les résidents et les familles.
L'IDEC répond aux demandes des résidents et des familles, ou transmet les demandes à son responsable hiérarchique.
L'IDEC utilise et suit les stocks qui lui sont confiés dans un souci de respect des quantités consommées.
L'IDEC utilise et entretient le matériel qui lui est confié dans un souci de maintenance.

L'IDEC participe activement à la démarche qualité de l'établissement.

L'IDEC participe au développement des bonnes pratiques notamment en matière de bientraitance.

L'IDEC participe à la prévention des risques (infection nosocomiales, escarres, chutes, perte d'autonomie, etc.)

L'IDEC participe à l'accueil et à l'accompagnement de ses collègues et des stagiaires.

Le descriptif de ce poste n'est pas exhaustif ou limitatif, les fonctions y figurant pouvant évoluer pour tenir compte des exigences du service.

FICHE DE FONCTION - IDER - Infirmier(e) référent(e)

Lien hiérarchique

Direction de l'établissement > Médecin Coordonnateur > Infirmier Coordinateur

Missions générales

L'infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat (IDE) dispense des soins infirmiers sur prescription médicale ou en application de son rôle propre, et accompagne les résidents dans leur parcours de soins. De part sa fonction de référente, L'IDER coordonne et forme une partie de l'équipe soignante, et se voit attribuer certaines missions administratives ou logistiques spécifiques (recrutements, gestion des stocks, etc.).

L'IDER dispense des soins d'hygiène et de confort, d'aide et d'accompagnement aux activités de la vie quotidienne.

L'IDER organise la distribution des médicaments et des prescriptions médicales.

L'IDER participe à la préservation de l'autonomie des résidents.

L'IDER répond aux appels des résidents et à leurs demandes.

L'IDER participe au déplacement des résidents à mobilité réduite et au brancardage.

L'IDER entretient l'environnement immédiat de la personne et les matériels de soins.

L'IDER participe à l'élaboration et à la surveillance de prise des repas.

L'IDER participe à la distribution des repas, du goûter et de la collation de nuit proposés aux résidents.

L'IDER aide à l'organisation des sorties, des transferts et des consultations extérieures.

L'IDER participe à la réfection des lits et aux rangements du linge des résidents.

L'IDER participe aux animations.

L'IDER réalise des actions de prévention, d'éducation à la santé ou de formation.

L'IDER peut être amené à effectuer des tâches annexes à la demande de son responsable hiérarchique ou de la direction.

Contribution au bon fonctionnement général de l'établissement

L'IDER prend connaissance et respecte les protocoles établis.

L'IDER informe ses collègues et son responsable hiérarchique des tâches effectuées par le biais des processus de traçabilité établis.

L'IDER participe aux formations organisées.

L'IDER transmet les informations nécessaires à ses collègues ou à son responsable hiérarchique.

L'IDER informe ses collègues des problématiques rencontrées et des situations à résoudre par le biais d'un processus de signalement d'événement indésirable.

L'IDER agit dans l'intérêt du résident, de l'établissement et dans le respect de la personne.

L'IDER est en relation directe avec les résidents, les familles, et respecte les règles essentielles de courtoisie.

L'IDER respecte le secret professionnel, les règles de confidentialité et de discrétion.

L'IDER facilite la communication entre la direction, les résidents et les familles.

L'IDER répond aux demandes des résidents et des familles, ou transmet les demandes à son responsable hiérarchique.

L'IDER utilise et suit les stocks qui lui sont confiés dans un souci de respect des quantités consommées.

L'IDER utilise et entretient le matériel qui lui est confié dans un souci de maintenance.

L'IDER participe activement à la démarche qualité de l'établissement.

L'IDER participe au développement des bonnes pratiques notamment en matière de bientraitance.

L'IDER participe à la prévention des risques (infection nosocomiales, escarres, chutes, perte d'autonomie, etc.)

L'IDER participe à l'accueil et à l'accompagnement de ses collègues et des stagiaires.

Critères d'évaluation

L'IDER sera évalué régulièrement par son responsable hiérarchique, notamment sur les points suivants :

Respect des procédures

Maîtrise de l'exercice professionnel

Qualités relationnelles et satisfaction des résidents et des familles

Esprit d'équipe et communication

Respect des horaires et assiduité

Qualités requises

Aimer travailler avec les personnes âgées, dans le respect de leur dignité.

Etre à l'écoute des besoins des résidents.

Capacité et intérêt à travailler et à communiquer en équipe.

Faire preuve de patience, de qualités humaines et d'empathie.

Etre rigoureux.

Avoir un bon relationnel.

Qualifications requises

Diplôme d'état d'infirmier (DEI)

Annexe 8 : Onglet « tableau de bord médical » de l'extraction du tableau de bord réalisée sur place le 16/01/2025.

Indicateur	REPOTEL	VOISINS
Médical & soins		
Vaccination Covid-19		
Iatrogénie		
Chutes		
Épilepsies		
Contentions		
Pansements et plaies		
Nutrition		
Douleur		

Annexe 9 : Extraction réalisée par la mission à partir de [REDACTED] le 17/01/2025 – Fichier « netsoins_recueil_alimentation_complet_2025_01_17_15_44_43 », onglet « recueil alimentation complet ».

Les couleurs des colonnes « risque de dénutrition » et « IMC » sont d'origine dans

Les couleurs de la colonne « régimes » ont été apportées par la mission dans le cadre de son analyse, avec la légende suivante :

	Dénutrition traitée par régime
	Dénutrition (IMC < 21) non traitée par régime
	Dénutrition sévère (IMC < 18) non traitée par régime

[illegible]



Annexe 10 : Extrait de la feuille de suivi nutritionnel du 17/01/2025.

Les anomalies identifiées sont notées

En rouge lorsque la valeur de l'IMC n'est pas ou pas correctement prise en compte pour la qualification du statut nutritionnel et/ou du régime

De cette manière lorsque la qualification fait défaut pour le régime ou pour le statut nutritionnel alors que l'IMC est < 20 .

[illegible]

Annexe 11 : Prise en charge des difficultés et troubles de la mobilité = aides techniques, lève malades et verticalisateurs.

	N° de chambre	Âge	GIR	Date AGGIR	Transfert (notation du GIR)	Rails	Aide Technique	Lève-malade/ Verticalisateur
					C	Non	Fauteuil confort	Oui
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui
					B	Non	Déambulateur et fauteuil confort (en si besoin)	Oui
					B	Non	Déambulateur	Non
					A	Non	Déambulateur	Non
					A	Non	Canne et Déambulateur	Non
					A	Non	Non	Non
					B	Non	Déambulateur et fauteuil de transfert (en si besoin)	Non
					A	Non	Déambulateur	Non
					B	Non	Canne simple	Non
					A	Non	Déambulateur	Non
					A	Non	Déambulateur	Non
					?		Déambulateur et fauteuil manuel	Non
					C	Non	fauteuil manuel hemiplégique	Oui
					A	Non	Canne simple	Non
					A	Non	Déambulateur	Non
					B	Non	Déambulateur	Non
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui
					C	Non	Déambulateur	Non
					C	Non	Fauteuil confort	Oui
					B	Non	Déambulateur / fauteuil confort	Oui
					A	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					B	Oui	Déambulateur	Non
					A	Non	Non	Non
					A	Oui	Non	Non
					C	Non	Déambulateur et fauteuil manuel	Non
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui
					A	Non	Non	Non
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					A	Non	Fauteuil manuel	Non
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					B	Non	Déambulateur	Non
					A	Non	Déambulateur	Non
					A	Non	Canne simple	Non
					C	Non	Déambulateur	Oui en si besoin
					C	Non	Déambulateur	Oui en si besoin
					A	Non	Déambulateur	Non
					A	Oui	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					?	Non	Non	Non
					A	Non	Non	Non
					A	Oui	Non	Non
					C	Non	Fauteuil électrique	Oui
					A	Non	Non	Non
					B	Non	Fauteuil manuel	Non
					B	Non	Déambulateur	Non
					B	Non	Canne simple	Non
					A	Non	Fauteuil manuel	Non
					A	Non	Canne simple	Non
					B	Non	Déambulateur / fauteuil roulant manuel	Oui en si besoin
					A	Non	Canne simple	Non
					B	Non	Déambulateur	Non
					A	Non	Canne simple	Non
					B	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					B	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					C	Non	Fauteuil manuel	Oui en si besoin
					A	Non	Déambulateur	Non
					B	Non	Déambulateur	Non

Annexe 12 : Journal de connexion à [REDACTED] du téléMedCo et du médecin prescripteur sur place ([REDACTED]) ou à distance du 01/12/2024 au 19/01/2025.

[illegible]

Annexe 13 : Extrait du document transmis intitulé « Matrice habilitation REPOTEL ». Les cases avec caractères imprimés de couleur rouge identifient des actions de soins relevant des AS/AES/AMP confiées aux ASH et auxiliaires de vie.

Thème	Libellé	ASH	Auxiliaire de vie	AMP	AS	Soignant (AS/AMP -.)	IDE	Cadres de santé - IDEC	Kinésithérapeute	Médecin (2)	Médecin coordinateur	Référent Soins REPOTEL	Direction
Plans de soins	Soin Plans de soins Lire												
	Soin Plans de soins Créer												
	Soin Plans de soins Modifier												
	Soin Plans de soins Supprimer												
	Soin Plans de soins AS Créer												
	Soin Plans de soins AS Modifier												
	Soin Plans de soins AS Supprimer												
	Soin Plans de soins IDE Créer												
	Soin Plans de soins IDE Modifier												
	Soin Plans de soins IDE Supprimer												
Signature de soins	Soin Signature de soins Écrire												
	Soin Suppression signature de soins Écrire												
	Soin Signature AS Écrire												
	Soin Signature IDE Écrire												
	Soin Mesures Lire												
	Soin Mesures Créer												
Mesures	Soin Mesures Modifier												
	Soin Mesures Imprimer												
	Soin Mesures Supprimer												

██████████ de l'administration des médicaments antiparkinsoniens chez ██████████
identifiés par la mission comme présentant cette pathologie.

L'étude concerne la période comprise entre le 17 et le 24/01/2025. Elle a été réalisée à partir d'une extraction de [REDACTED] [REDACTED] réalisée par la mission le 24/01/2025 à 14h00 (pour la journée du 24/01/2025, seules les prises de 8h00 et 12h00 sont enregistrées).

[illegible]

[illegible]



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