

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Délégation départementale des Hauts-de-Seine (DD 92)
Conseil départemental des Hauts-de-Seine

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) FERRARI
1 place FERRARI
N° FINESS 920710373**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2025_IDF_00002
Contrôle sur place le 16/01/2025**

Mission conduite par :

Pour l'ARS :

- Madame [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France¹
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France
- Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France, coordonnateur

Accompagnée par :

- Madame [REDACTED] chargée de mission « Personnes Agées », département Autonomie ARS DD92, personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Pour le Conseil départemental :

- Madame [REDACTED] cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, direction de l'autonomie, désignée par le Président du Conseil départemental au titre de l'article L.133-2 du CASF et du Règlement Départemental d'Aide sociale (RDAS)²
- Madame [REDACTED] cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, direction de l'Autonomie, désigné par le Président du Conseil départemental au titre de l'article L.133-2 du CASF et du Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS).

[REDACTED]

[REDACTED]

Textes de référence

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique
Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
Article L.1435-7 du Code de la santé publique
Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	13
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	13
1.1.1. Le statut juridique de la structure	13
1.1.2. Les conditions d'autorisation	13
1.1.3. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	14
1.1.4. Le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)	15
1.1.5. L'unité d'hébergement renforcée (UHR)	15
1.1.6. La population accueillie	15
1.2. Management et Stratégie	16
1.2.1. Le règlement de fonctionnement : existence, contenu et diffusion	16
1.2.2. Le projet d'établissement : existence, contenu et diffusion	17
1.2.3. Le plan bleu	17
1.2.4. La direction de l'EHPAD, l'organigramme	18
1.2.5. Les CODIR / COMEX / COPIL	18
1.2.6. Les conflits entre direction et salariés	18
1.2.7. Les relations Directeur/Gestionnaire	18
1.2.8. Le directeur : contrat et prise de poste	19
1.2.9. Le directeur : qualifications	19
1.2.10. Les astreintes administratives et techniques	19
1.2.11. La présence et le remplacement de la direction	19
1.2.12. Les délégations de signatures	19
1.2.13. Les subdélégations du directeur	20
1.2.14. L'IDEC	20
1.2.15. Le MédCo : temps de présence	20
1.2.16. Le MédCo : qualifications	20
1.2.17. Le MédCo : contrat	21
1.2.18. Les 14 missions du MédCo	21
1.2.19. Les affichages	24
1.3. Animation et fonctionnement des instances	24
1.3.1. Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	24
1.3.2. Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	25
1.4. Gestion de la qualité	25
1.4.1. Les professionnels référents et le responsable qualité	25
1.4.2. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	25
1.4.3. L'évaluation et l'auto-évaluation	26
1.4.4. La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	26
1.4.5. Les situations de violence ou harcèlement	26
1.4.6. La vidéosurveillance dans les chambres des résidents	27
1.4.7. La déclaration des cas de maltraitements	27
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	27
1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	27
1.5.2. La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	28
1.5.3. La procédure de gestion des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament	28
1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI/EIG	30
1.5.5. La déclaration et l'analyse des chutes.	30
1.5.6. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	33
2. Fonctions support	35
2.1. Gestion des ressources humaines	35
2.1.1. Les effectifs professionnels	35
2.1.2. Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end	39
2.1.3. Inscription à l'ordre des professionnels	39
2.1.4. Les contrats de travail	39
2.1.5. Le taux d'absentéisme	39
2.1.6. Les dossiers administratifs des professionnels	40
2.1.7. Les prestataires externes	41
2.1.8. Le plan de formation des professionnels	41
2.1.9. L'aide à la mobilité/mutation des agents	42
2.1.10. Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	42
2.1.11. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et le questionnaire éthique	43
2.1.12. Les plannings des professionnels : confection	43

2.1.13.	Les plannings des professionnels : organisation	43
2.1.14.	Les fiches de poste des professionnels	45
2.1.15.	Les glissements de tâches	45
2.1.16.	La gestion des absences prévues et imprévues	47
3	47	
2	47	
1	47	
2	47	
8	47	
2	47	
2.2.	Gestion d'information	49
2.2.1.	Les données statistiques de la structure	49
2.2.2.	Le registre des entrées et sorties des résidents	49
2.2.3.	Les dossiers administratifs des résidents	49
2.2.4.	Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents	51
2.2.5.	Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents	52
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	52
2.3.1.	L'état général du bâtiment et sécurité des locaux	52
2.3.2.	Le suivi des réparations	56
2.3.3.	Le système et/ou la salle de rafraichissement	57
2.3.4.	L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)	57
2.3.5.	Les équipements facilitant le déplacement	58
2.3.6.	Les équipements contribuant à la prévention de la maltraitance	58
2.4.	Sécurités	59
2.4.1.	Les déchets ménagers (DAOM)	59
2.4.2.	Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)	59
2.4.3.	Les vaccinations des résidents et des professionnels	61
2.4.4.	L'aide à la prévention des chutes	61
2.4.5.	La prévention des fugues	61
2.4.6.	Le système d'appel malade	62
3.	Prises en charge	64
3.1.	Organisation charge de l'admission à la sortie	64
3.1.1.	La préadmission	64
3.1.2.	L'admission dans l'EHPAD	65
3.1.3.	L'admission et l'évaluation du maintien en UVP	68
3.1.4.	L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	71
3.1.5.	L'analyse des pratiques, les échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents	73
3.1.6.	Les médecins traitants	73
3.1.7.	La complétude des dossiers médicaux	74
3.1.8.	Les transmissions inter-équipes	75
3.2.	Respect des droits des personnes	76
3.2.1.	La place des familles	76
3.2.2.	La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies	77
3.2.3.	Les personnes qualifiées départementales	77
3.2.4.	La personne de confiance des résidents	77
3.2.5.	Les directives anticipées	77
3.2.6.	Les contentions	77
3.2.7.	L'identification des résidents (identitovigilance)	79
3.2.8.	Les mesures de protection juridique	79
3.2.9.	Les mesures de protection des biens	79
3.3.	Vie sociale et relationnelle	79
3.3.1.	L'animation	79
3.4.	Vie quotidienne. Hébergement :	80
3.4.1.	Les chambres	80
3.4.2.	Les enquêtes de satisfaction	81
3.4.3.	L'alimentation et l'hydratation	81
3.4.4.	La détection des troubles de la déglutition	82
3.4.5.	Les régimes, les textures	82

3.4.6.	L'organisation des repas et de l'hydratation des résidents	85
3.4.7.	Les mets de substitution	86
3.4.8.	L'aide aux repas	86
3.4.9.	Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition et de la déshydratation	86
3.4.10.	Les besoins en protections de recueil d'excréta	89
3.4.11.	Le circuit du linge	90
3.5.	Soins : L'organisation de la continuité des soins	91
3.5.1.	Équipe pluridisciplinaire mobilisée pour la prise en charge des résidents	91
3.5.2.	L'organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	92
3.5.3.	La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien	94
3.5.4.	La commission gériatrique	94
3.6.	Soins : Les moyens pour la prise en soin	95
3.6.1.	Le poste de soins	95
3.6.2.	Les équipements du poste de soins	95
3.6.3.	La sécurisation du poste de soins	98
3.6.4.	Les projets de soins individualisés (PSI)	98
3.6.5.	L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)	98
3.6.6.	Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	99
3.6.7.	Le chariot d'urgence	99
3.6.8.	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	100
3.6.9.	La prévention, le dépistage et le protocole de gestion de la douleur	100
3.6.10.	Les soins palliatifs	100
3.6.11.	Les procédures et protocoles de soins	101
3.7.	Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	101
3.7.1.	La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD	101
3.7.2.	Les pansements	102
3.7.3.	Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	102
3.8.	Soins : Le circuit du médicament	102
3.8.1.	Les procédures du circuit du médicament	102
3.8.2.	Les prescriptions médicales	104
3.8.3.	La retranscription des prescriptions dans le dossier médical	105
3.8.4.	Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie	105
3.8.5.	La liste préférentielle de médicaments (LPM)	106
3.8.6.	Le stock de médicament pour besoins urgents	106
3.8.7.	Les stupéfiants	106
3.8.8.	La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie	107
3.8.9.	La préparation des piluliers	107
3.8.10.	La préparation des médicaments hors piluliers	108
3.8.11.	Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD	108
3.8.12.	Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	108
3.8.13.	Les dates de péremption des médicaments	108
3.8.14.	La liste des médicaments écrasables	109
3.8.15.	La délégation par l'IDE de l'administration des médicaments	109
3.8.16.	L'identification des médicaments jusqu'à l'administration	109
3.8.17.	L'identification des médicaments jusqu'à l'administration	109
3.8.18.	La traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration	110
3.8.19.	Les protocoles	111
4.	Relations avec l'extérieur	112
4.1.	Coordination avec les autres secteurs	112
4.1.1.	La convention avec un établissement de santé	112
4.1.2.	Les conventions avec des intervenants libéraux	112
4.1.3.	La/les convention(s) avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	112
4.1.4.	La convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	112
4.1.5.	Les autres conventions	113
4.1.6.	La convention avec une officine en pharmacie	113
4.1.7.	Les DAC	113
5.	Récapitulatif des écarts et des remarques	114
5.1.	Écarts	114
5.2.	Remarques	117
6.	Conclusion	120

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	121
8. Annexes	123
Annexe I Lettre de mission des agents chargés du contrôle	123
Annexe II Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	126
Annexe III Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue de manière formelle ou informelle	131

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan régional d'inspection contrôle de l'ARS Ile-de-France. Cet établissement avait fait l'objet d'une inspection en 2022. Depuis la fin de l'année 2022, jusqu'au jour de l'inspection, l'ARS a reçu un évènement indésirable grave associé aux soins et deux réclamations. Ils portent sur des dysfonctionnements relatifs aux soins, au consentement des résidents, et au respect des droits des usagers. Le nombre d'EIG est extrêmement faible compte tenu de la taille de l'établissement. Par ailleurs, la délégation départementale ainsi que le Conseil départemental des Hauts-de-Seine disposent de peu d'informations émanant de cet établissement en matière de gouvernance, ce qui en fait un établissement silencieux.

C'est la raison pour laquelle l'établissement a été ciblé.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

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

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et Stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne. Hébergement
 - Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

La mission a reçu un accueil satisfaisant de la part de l'établissement, il n'y a pas eu de difficultés particulières dans la conduite des entretiens, de la visite des locaux. Certains documents n'ont pu être obtenus le jour même et ont été adressés plus tardivement.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

(Voir liste des écarts et des remarques à la fin du rapport)

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Les informations connues par l'ARS, présentées ci-dessus ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « FERRARI », situé à Clamart, n°FINESS géographique 920710373, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 16 janvier 2025, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et Stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne. Hébergement
 - Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé 1 place Ferrari, l'EHPAD Ferrari est géré par l'association Ordre de Malte France située 42 rue des Volontaires 75015 PARIS. Le FINESS de l'association 750810590/

Ouvert en 1901 (selon le FINESS) l'EHPAD dispose de [REDACTED]

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale dans la limite [REDACTED]

Il est doté d'une unité de vie protégée (UVP)

Selon le procès-verbal de validation d'évaluation AGGIR/PATHOS de 2024, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP [REDACTED]³. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

L'effectif de la population au moment de l'étude pour le procès-verbal de validation en 2024 était réparti plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

L'établissement n'est pas sous CPOM.

Les projets prioritaires de l'établissement concernent les projets de télémédecine, la mise en place du PASA, le CRT. Il s'agit des centres de ressources territoriaux créés pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils proposent un accompagnement renforcé et coordonné, en mobilisant les ressources et compétences disponibles sur un territoire. L'objectif étant de retarder ou éviter l'entrée en établissement en offrant une alternative sécurisée et adaptée.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD FERRARI		
Nom de l'organisme gestionnaire	Ordre de Malte France		
Numéro FINESS géographique	920710373		
Numéro FINESS juridique	75 081 059 0		
Statut juridique	Association loi 1901 reconnue d'utilité publique		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Sans PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ⁵
	HP	[REDACTED]	[REDACTED]
	HT	[REDACTED]	[REDACTED]
	PASA	[REDACTED]	[REDACTED]
	UHR	[REDACTED]	[REDACTED]

³ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de [REDACTED]

⁴ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

⁵ Au jour du contrôle sur place

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Le statut juridique de la structure</u>	L'EHPAD Ferrari, est un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante privé à but non lucratif géré par l'association loi 1901 reconnue d'utilité publique par décret du 19 août 1928 « Les œuvres hospitalières de l'ordre de Malte » ou Ordre de Malte France Un président d'association dirige cette association (entretiens, site internet ordre de malte, organigramme)
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>Les conditions d'autorisation</u>	Conformité aux conditions d'autorisation : L'établissement dispose d'une autorisation initiale de 158 lits à laquelle s'ajoute depuis 2023 un arrêté d'extension [REDACTED], répartis comme suit : 153 places d'hébergement permanent (HP)) et 15 places d'hébergement temporaire (HT). Cela inclut une UVP de 30 lits au 3 ^e étage. Lors de la visite sur place, il a été constaté que : Le Rez-de-chaussée dispose de [REDACTED] dont 2 inoccupées ; Le 1 ^{er} étage dispose [REDACTED], dont 2 inoccupées ; Le 2 ^e étage dispose de [REDACTED] dont 3 inoccupées ; Le 3 ^e étage : dispose de [REDACTED], dont 3 inoccupées. [REDACTED] Aucune visite de conformité, n'a été constatée pour l'installation de 2 unités : L'une pour les places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) L'autre pour l'extension de [REDACTED] places d'hébergement temporaire dédiées à l'accueil d'urgence et places d'accueil d'urgence de nuit. Par ailleurs, la mission constate la création d'une chambre au 1 ^{er} étage la chambre 134 bis et au 3 ^e étage la 327 et la 328, en comparaison des plans de sécurité incendie transmis le jour de l'inspection. L'installation de 3 nouvelles chambres ne permet pas d'atteindre le nombre de lits autorisé. Pour rappel, selon l'article D313-7-2 du CASF, « l'autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public de l'établissement ou du service dans un délai de quatre ans suivant la notification de la décision d'autorisation. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 1 : Les plans de sécurité incendie ne sont pas actualisés, ce qui représente un risque en cas d'incendie. Activité de l'établissement : Le taux de présence le jour du contrôle s'élevait à () soit () Le taux d'occupation en N -1 relatif à l'hébergement permanent (HP) s'élevait à () (source ERRD 2023), relatif à l'hébergement temporaire (HT) : () Le jour de l'inspection : 133 places HP sont occupées / sur () d'après la liste nominative des résidents communiquée par l'établissement, ce qui reste en deçà des 95%. Écart 1 : : La mission constate que le taux d'occupation annuel de l'établissement relatif à l'hébergement permanent en 2023 est de 70 %, le jour de l'inspection il était de 97%. Il est inférieur au seuil de 95 % et expose l'EHPAD au dispositif de modulation du forfait soins par l'ARS, conformément à l'article R 314-160 du CASF, à l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins. La mission constate que l'établissement remplit les conditions prévues à l'article D313-15 du CASF. L'Article D 313-15 CASF fait référence à l'accueil d'une proportion de résidents de GIR 1 à 3 : ce taux doit être supérieur ou égal à 15% de la capacité autorisée ; GIR 1 à 2 : le taux doit être supérieur ou égal à 10 % (source ERRD 2023). Condition de l'APA : L'établissement dispose de () L'établissement a transmis à la mission d'inspection la liste des résidents bénéficiant de l'aide sociale et constate que 21 résidents présents sont habilités à l'aide sociale Lors de l'étude de dossiers administratifs, la mission constate qu'au moins un dossier fait apparaître des séjours temporaires supérieurs à 90 jours : un résident est resté en hébergement temporaire plus de 90 jours, à savoir 2 ans et 2 mois. Remarque 2 : Un résident est resté dans le dispositif de séjour temporaire plus de 90 jours : 2ans et 2 mois, cela contrevient à la circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire (max 90 jours).
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u>	Aucun CPOM n'a été contractualisé entre l'EHPAD, le CD92 et l'ARS IDF. L'établissement a indiqué dans le cadre des entretiens menés qu'il souhaiterait contractualiser avec les autorités compétentes.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																														
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. <u>Le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)</u>	L'établissement ne dispose pas actuellement de pôle d'activité et de soins adaptés (PASA.) Il ressort toutefois des entretiens qu'il s'agit d'un sujet de réflexion pour l'établissement de pouvoir ouvrir ce dispositif.																														
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.5. <u>L'unité d'hébergement renforcée (UHR)</u>	L'établissement ne dispose pas d'UHR.																														
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.6. <u>La population accueillie</u>	Cent cinquante-trois résidents constituaient la population accueillie le 18 janvier 2025 d'après le logiciel de soins. Les caractéristiques de cet échantillon sont les suivants : l'âge moyen s'établit à 87 ans, l'âge médian est égal à 88 ans (avec une étendue de [REDACTED]), l'échantillon comporte cent dix femmes (71,9%), la durée moyenne du séjour est égale à 32 mois. Il convient de préciser que cette population d'étude inclut initialement les seize résidents admis en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH), en accueil d'urgence et en places d'accueil séquentiel. Compte tenu de la prise en charge particulière de ces résidents qui porte sur une période courte, ces résidents ont été exclus de la population accueillie. Ainsi, seuls cent trente-sept résidents ont été pris en considération dans la constitution de la population accueillie. Les caractéristiques épidémiologiques de cet échantillon sont : l'âge moyen est égal à 88 ans, l'âge médian est égal à 89 ans ([REDACTED]) l'échantillon comporte quatre-vingt-dix-sept femmes (70,8%), la durée moyenne du suivi est égale à 34 mois. Les principaux antécédents médicaux de cette population sont : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Il convient de noter que les résidents pris en charge à l'UVP ont tous un trouble cognitif dans leurs antécédents personnels et que vingt d'entre eux ont un antécédent de trouble de comportement associé. La répartition des résidents selon leur degré de dépendance est présentée dans le tableau A. Tableau A. Répartition des résidents selon leur degré de dépendance <table><tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">RDC</th><th rowspan="2">1^{er} étage</th><th rowspan="2">2^e étage</th><th rowspan="2">UVP</th><th colspan="2">EHPAD</th></tr><tr><th>Nombre</th><th>%</th></tr><tr><td>GIR 1</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>GIR 2</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>GIR 3</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></table>		RDC	1 ^{er} étage	2 ^e étage	UVP	EHPAD		Nombre	%	GIR 1	■	■	■	■	■	■	GIR 2	■	■	■	■	■	■	GIR 3	■	■	■	■	■	■
	RDC	1 ^{er} étage						2 ^e étage	UVP	EHPAD																						
			Nombre	%																												
GIR 1	■	■	■	■	■	■																										
GIR 2	■	■	■	■	■	■																										
GIR 3	■	■	■	■	■	■																										

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires					
		GIR 4	■	■	■	■	■
		GIR 5	■	■	■	■	■
		GMP	■	■	■	■	■
		TOTAL	■	■	■	■	■
		Protection juridique	■	■	■	■	■
		L'EHPAD accueille [REDACTED] [REDACTED] Il convient de remarquer en outre que l'UVP accueille les résidents les plus « lourds », tandis qu'au rez-de-chaussée sont pris en charge des résidents plus autonomes.					

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement : existence, contenu et diffusion</u>	Le règlement de fonctionnement date de décembre 2023. Le document a donc été actualisé comme cela avait été sollicité par l'ARS (cf prescription lettre de décision, juillet 2023). Toutefois, il ne contient pas toutes les dispositions obligatoires prévues par le CASF. Il ne traite pas des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle (incendie, crise sanitaire). Il est seulement présenté les renseignements utiles à indiquer sur les contrats de séjour en cas de situations exceptionnelles. Par ailleurs, il indique que « les vêtements du Résident » « devront être adaptés aux saisons, notamment lors de conditions climatiques exceptionnelles ». Ce n'est pas suffisant. Il ne détaille pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues. Si les transferts sont évoqués, les modalités de déplacements ne sont pas suffisamment abordées.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 2 : Le règlement de fonctionnement est incomplet (mesures à prendre en cas de situation d'urgence ou de situation exceptionnelle, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les modalités de déplacement ne sont pas présentées). Cela contrevient à l'article R311-35 du CASF⁶ et R311-36 du CASF⁷
1.2 Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement : existence, contenu et diffusion</u>	Le projet d'établissement n'est toujours pas actualisé (il date de 2015-2019) malgré la prescription à ce sujet de la lettre de décision en date du 19 juillet 2023 donnant 6 mois à l'établissement pour s'y conformer. Il a été indiqué au cours des entretiens que projet d'établissement : est en cours d'actualisation. La rédaction sera confiée aux responsables métier sur les chapitres qui les concernent avec leur personnel respectif. Le CVS va être consulté à ce sujet d'ici fin janvier. Écart 3 : Le projet d'établissement n'est toujours pas actualisé depuis 2019. L'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF⁸
1.2 Management et Stratégie	1.2.3. <u>Le plan bleu</u>	La mission d'inspection n'a pas reçu le plan bleu de l'établissement.

⁶ Le règlement de fonctionnement indique les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au présent code, notamment de ceux mentionnés à l'article [L. 311-3](#). Il précise, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service.

Il indique l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation.

Il précise les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens.

Il prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.

Il fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.

⁷ Le règlement de fonctionnement précise les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.

⁸ Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé, à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. Le contenu minimal du projet, les modalités d'association du personnel et des personnes accueillies à son élaboration ainsi que les conditions de sa diffusion une fois établie sont définis par un décret. Ce décret définit les modalités d'affichage des documents, notices et services d'information dans les établissements. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article [L. 313-12](#). Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 4 : La mission n'a pas reçu le plan bleu de l'établissement. L'établissement contrevient à l'article L311-8 (2e alinéa) du CASF ⁹ .
1.2 Management et Stratégie	1.2.4. <u>La direction de l'EHPAD, l'organigramme</u>	La mission a reçu un organigramme de l'établissement. Celui-ci n'est pas daté. Il était consultable dans le hall d'accueil de l'établissement. Les liens hiérarchiques et fonctionnels sont retranscrits. Il indique que le temps de travail du directeur s'élève à 1ETP et le temps de la directrice adjointe est d'un ETP. L'organigramme traduit bien les liens hiérarchiques. Les noms de l'ensemble des salariés ne sont pas tous indiqués : la psychologue, les aides-soignants... Remarque 3 : Les noms des salariés ne sont pas tous retranscrits sur l'organigramme de l'établissement et ce dernier n'est pas daté.
1.2 Management et Stratégie	1.2.5. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>	Il y a plusieurs types de réunions mises en place au sein de l'EHPAD : - Il ressort des entretiens et plannings, qu'il y a trois réunions hebdomadaires (staff) : lundi, mercredi et vendredi à partir de 15h00 : ce sont des transmissions qui réunissent les soignantes, medco, psy, IDE, représentant AS, kinésithérapeute, psychomotricienne. La mission n'a pas reçu les comptes rendus de réunion. - Tous les mercredis matin, une réunion de coordination a lieu : le COPIL, qui réunit les cadres et la direction. La mission a pu consulter les comptes rendus. Cette réunion évoque les principales actualités de l'établissement, les entrées et les sorties, les difficultés des résidents/ des familles, les situations RH les difficultés rencontrées. Le nom du rédacteur est indiqué. - réunion de toute l'équipe sur des sujets concernant la vie de l'établissement : type réunion du personnel. Ce sont des réunions questions/réponses (entretiens), tous les 3 ou 4 mois selon les entretiens et tous les 6 mois d'après le planning de réunions internes. - Les réunions entre le directeur et l'organisme gestionnaire sont développées ci-dessous.
1.2 Management et Stratégie	1.2.6. <u>Les conflits entre direction et salariés</u>	La mission n'a pas observé de signes de conflit entre les personnels et la direction. La mission souligne qu'à tous les entretiens, les inspectés étaient très satisfaits du climat social au sein de l'établissement. Il a été rapporté que la rotation du personnel était de plus en plus fréquente, mais c'est depuis la crise sanitaire et non en corrélation avec le climat social.
1.2 Management et Stratégie	1.2.7. <u>Les relations Directeur/Gestionnaire</u>	Sur le calendrier des réunions entre le directeur et l'organisme gestionnaire ou les directeurs de l'organisme gestionnaire, il est indiqué que 6 réunions ont eu lieu en 2024 et 8 réunions auront lieu en 2025. Il a été rapporté au cours de ces entretiens que la fréquence de ces réunions était satisfaisante pour traiter des sujets clés.

⁹ Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission a pris connaissance des trois derniers comptes rendus de réunions avec l'ensemble des directeurs. Ces réunions traitent de sujets variés tels que la cybersécurité, des plateformes/ logiciels de travail, les procédures dans le signalement des absences, l'organisation des prochaines évaluations externes, des budgets prévisionnels, de l'utilisation des CNR...
1.2 Management et Stratégie	1.2.8. <u>Le directeur : contrat et prise de poste</u>	Le contrat de travail du directeur indique qu'il assure [REDACTED] sur l'établissement. Il a pris ses fonctions [REDACTED]. Il dispose d'une feuille de route sur les objectifs à atteindre en 2025. Les objectifs sont en lien avec l'accompagnement des résidents, la qualité, les ressources humaines, la gestion budgétaire financière et comptable, l'immobilier.
1.2 Management et Stratégie	1.2.9. <u>Le directeur : qualifications</u>	La mission a reçu le diplôme le plus récent, le Master spécialisé [REDACTED]. Le diplôme du directeur de l'EHPAD est donc réglementaire.
1.2 Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les astreintes administratives et techniques</u>	Lors des entretiens, la mission d'inspection a été informée de l'existence d'un dispositif d'astreinte. La directrice des soins/ la directrice adjointe, en cas d'absence du directeur, assure cette astreinte et détient une délégation de signature. Un téléphone dédié est mis à disposition pour cette astreinte. Toutefois, il ressort des entretiens qu'il n'existe pas de mallette d'astreinte spécifiquement liée à l'expérience des personnes effectuant cette tâche. Le dispositif d'astreinte comprend des astreintes hôtelières, techniques et de direction. La mission a été destinataire d'une procédure d'astreinte rédigée en juillet 2024 qui s'applique sur le deuxième semestre 2024 et d'une procédure d'astreinte qui s'applique sur 2025. Un calendrier des astreintes est également présent sur ces procédures. La mission a pu constater que les astreintes sont exclusivement réalisées par des cadres ou la direction. Les responsabilités en cas d'absence du directeur sont rappelées sur ces documents. La mission ne retrouve pas systématiquement sur les contrats de travail des cadres, qu'ils doivent exercer des astreintes.
1.2 Management et Stratégie	1.2.11. <u>La présence et le remplacement de la direction</u>	Le jour de l'inspection, la direction était présente (le directeur). Il existe une procédure en date de 2019 formalisant le remplacement du directeur lorsqu'il est absent. Il est indiqué que la directrice adjointe assure le remplacement. Si elle est également absente, le cadre administratif, l'IDEC et le cadre hôtelier (conformément à l'ordre de priorité) assurent le relai.
1.2 Management et Stratégie	1.2.12. <u>Les délégations de signatures</u>	Le directeur a signé la lettre de subdélégation du directeur des établissements vers un directeur d'établissement ou service médico-social. Celle-ci date de 2012. Dans la subdélégation, il est indiqué que le directeur s'assure de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement, la gestion et l'animation des ressources humaines, la gestion budgétaire, financière et comptable, la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs, la sécurité générale des personnes. Remarque 4 : La lettre de subdélégation du directeur des établissements vers un directeur d'établissement ou service médico-social n'est pas actualisée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les subdélégations du directeur</u>	Le directeur a établi une subdélégation de pouvoir à destination de la directrice adjointe. Il lui délègue l'ensemble de ses pouvoirs, à l'exception des virements des salaires et de la signature des chèques, ainsi que les décisions qui entraînent des modifications importantes, qui demeurent la compétence du siège.
1.2 Management et Stratégie	1.2.14. <u>L'IDEC</u>	L'EHPAD emploie une IDEC à t [REDACTED] [REDACTED], en qualité d'infirmière diplômée, à hauteur [REDACTED]. Toutefois, le contrat de travail transmis aux membres de la mission ne mentionne pas le poste d'IDEC, mais uniquement celui d'infirmière diplômée. L'IDEC est titulaire d' [REDACTED] Cependant, la fiche de poste de l'IDEC n'a pas été fournie à la mission d'inspection.
1.2 Management et Stratégie	1.2.15. <u>Le MédCo : temps de présence</u>	L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur à hauteur de [REDACTED]. Les membres de la mission ont également reçu l'attestation d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins du médecin coordonnateur. Lors des entretiens menés par les membres de la mission, ces derniers ont eu connaissance du fait que le chef de service [REDACTED] intervient chaque mercredi, détaché au sein de l'établissement, pour soutenir le médecin coordonnateur (en tant que salarié gériatre). Toutefois, il n'est pas inscrit dans le registre unique du personnel (RUP) de l'établissement. Par ailleurs, le RUP n'est pas actualisé car le nom d'un deuxième MedCo, dont les initiales sont : [REDACTED] indique que son départ est pour 2999.Or celui-ci n'est plus présent au sein de l'établissement. Remarque 5 : le registre du personnel n'est pas actualisé. La mission rappelle la récente évolution réglementaire venue modifier la rédaction de l'article D 312-56 du CASF relatif au temps du MedCo avec cette mention : « <i>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.</i> » Le temps de 0,8 ETP doit être occupé par un seul médecin depuis le décret n° 2024-779 du 9 juillet 2024 applicable au 11 juillet 2024.
1.2 Management et Stratégie	1.2.16. <u>Le MédCo : qualifications</u>	Les membres de la mission ont pris connaissance des diplômes obtenus par le médecin coordonnateur, à savoir [REDACTED] [REDACTED], conformément aux exigences de l'article D 312-157 du CASF.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	1.2.17. <u>Le MédCo : contrat</u>	Les membres de la mission constatent que le contrat de travail reçu n'est pas personnalisé aux fonctions du médecin coordonnateur. Écart 5 : Le contrat de travail du médecin coordonnateur ne précise pas les conditions d'exercice telles que définies par l'article D312-159-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles¹⁰, notamment en ce qui concerne la répartition du temps de travail et l'articulation des fonctions du médecin coordonnateur dans l'établissement, ce qui constitue un manquement aux exigences réglementaires prévues pour la fonction.
1.2 Management et Stratégie	1.2.18. <u>Les 14 missions du MédCo</u>	L'entretien avec le médecin coordonnateur a permis d'identifier quelles missions, parmi les quatorze qui lui sont attribuées, sont effectivement effectuées. Ainsi, conformément à l'article D312-158 du CASF, le médecin coordonnateur : 1° <i>Élabore et met en place le projet général de soins.</i> Le médecin coordonnateur participe actuellement à l'élaboration du projet général de soins. 2° <i>Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir.</i> Lors du processus d'admission d'un résident au sein de l'EHPAD, le directeur analyse d'abord son dossier administratif, notamment son volet financier. Une fois que l'avis favorable du directeur à l'admission du résident est donné, les dossiers acceptés de point de vue administratif sont transmis au médecin coordonnateur. Celui-ci statue systématiquement sur sa partie médicale. 3° <i>Préside la commission de coordination gériatrique.</i> [REDACTED] 4° <i>Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis.</i> Le médecin coordonnateur évalue systématiquement à l'admission du résident son état de dépendance (GIR).

¹⁰ Le médecin coordonnateur signe avec le représentant légal de l'établissement un contrat mentionnant notamment :

1° Les modalités d'exercice de ses missions définies à l'article D. 312-158 et les moyens appropriés à la réalisation desdites missions au sein de l'établissement ;

2° Le temps d'activité au titre de la coordination médicale et de l'organisation de la présence du médecin coordonnateur dans l'établissement. Une mention particulière est apportée lorsque le praticien intervient au sein de plusieurs établissements. Lorsque le médecin coordonnateur intervient en tant que médecin traitant au sein du même établissement, il signe le contrat mentionné à l'article R. 313-30-1 ;

3° L'engagement du médecin coordonnateur qui ne remplirait pas les conditions de qualification pour exercer la fonction de médecin coordonnateur lors de son recrutement de satisfaire aux obligations de formation mentionnées à l'article D. 312-157 et les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement ;

4° L'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		5° <i>Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques.</i> Le médecin coordonnateur veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques au sein de l'EHPAD, d'une part par le biais des formations dispensées sur leurs thèmes (e.g. chute, contentions, dénutrition) et d'autre part par l'évaluation des pratiques des soignants. 6° <i>Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique.</i> L'évaluation gériatrique à l'admission du résident est systématiquement effectuée dans la semaine qui suit son admission à l'EHPAD. Cette évaluation, coordonnée par le médecin coordonnateur, implique plusieurs professionnels soignants : - Médecin coordonnateur : évaluation du GIR au moyen de la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR) ; - Psychologue : évaluation cognitive et des capacités mnésiques au moyen de la passation des : test Mini Mental State Examination (MMSE), test de l'horloge, test des cinq mots de Dubois ; - Soignants : évaluation de la douleur et du risque d'escarre ; - Kinésithérapeutes : évaluation du risque de chute au moyen du test de Tinetti et/ou des capacités posturales des résidents au moyen du test moteur minimum ; - Toute l'équipe soignante : évaluation de la présence de troubles du comportement au moyen du test NPI-ES. La réévaluation gériatrique est réalisée : - Annuellement en l'absence d'évolutivité de l'état de santé du résident ; - Ponctuellement en cas d'apparition d'un trouble du comportement ou de déclin de son état de santé. 7° <i>Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments.</i> Le médecin coordonnateur veille à ce que les prescriptions médicamenteuses des résidents de l'EHPAD respectent les impératifs gériatriques. 8° <i>Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.</i> Le médecin coordonnateur s'implique activement à la mise en œuvre d'une politique de formation [REDACTED]. Elle compte mettre en place dans les prochains mois des formations portant sur les thèmes suivants : - La prise en charge des chutes ; - La prise en charge des contentions ; - L'utilisation des psychotropes ; - L'évaluation de l'état d'hydratation ; - La prise en charge des escarres et pansements ; - La gestion du syndrome confusionnel ; - La gestion des morphiniques ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- La gestion de la douleur ; - La prise en charge de la fin de vie ; - Les médicaments « si besoin » ; - Les indications de prescription des bilans d'explorations complémentaires. 9° <i>Élabore un dossier type de soins.</i> [REDACTED] 10° <i>Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement.</i> [REDACTED]. Le RAMA 2024, comportant les informations médicales relatives à l'année 2023, a été élaboré par le précédent médecin coordonnateur. 11° <i>Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents.</i> [REDACTED] [REDACTED] 12° <i>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.</i> Parmi les mesures de prévention mises en place au sein de la structure se dénombre : - Les vaccinations (e.g. grippe, COVID, anti-pneumocoque, tétanos) ; - Le suivi mensuel du statut nutritionnel des résidents non dénutris. 13° <i>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.</i> Le médecin coordonnateur prodigue ses soins en cas d'urgence ou de risque vital. 14° <i>Élabore, 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</i> [REDACTED] [REDACTED] Conclusion : Compte tenu de l'arrivée récente du Medco ([REDACTED]) la mission ne formulera pas d'écart, toutefois la mission rappelle que le médecin coordonnateur doit, conformément à l'article D312-158 du CASF, assurer l'ensemble des missions qui lui sont dévolues et devra ainsi : [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
12 Management et Stratégie	1.2.19. <u>Les affichages</u>	La plupart des affichages obligatoires étaient présents. Le dernier PV de CVS et la composition du CVS n'étaient pas affichés. Écart 6 : En n'affichant pas dans les locaux le dernier PV de CVS et en n'affichant pas la composition du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-38-4 du CASF.¹¹

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
13 Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u>	La mission n'a pas constaté l'existence d'un PV relatif aux élections d'un CVS au sein de l'établissement. Le Président actuel du CVS ainsi que les membres ont été désignés. La liste des membres du CVS datant de novembre 2024 a été transmise (comprenant 9 représentants des résidents et 12 représentants des familles) ainsi que les coordonnées de la présidente et d'un représentant des familles. L'affichage de cette liste avec les coordonnées, voire les photos des élus du CVS, n'a pas été constaté par la mission sur un panneau d'affichage dans l'établissement. De même, aucune boîte aux lettres CVS n'a été observée. D'après les entretiens réalisés, la responsable administrative, le directeur, ainsi que la Présidente du CVS participent à l'élaboration de l'ordre du jour du CVS. Le compte rendu est rédigé par la responsable administrative, sans que celle-ci soit désignée secrétaire de séance, conformément au décret 2022-688 du 25 avril 2022. Un règlement intérieur du CVS a été transmis à la mission, signé par la présidente le 21/12/2023. Celui-ci précise les missions et le rôle du CVS, sa composition, sa durée, les modalités de fonctionnement des réunions, conformément à l'article : D311-5 du CASF.

¹¹ Sans préjudice des dispositions du 2° de l'article D. 311-15, le projet d'établissement est établi et révisé après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Le projet et ses révisions sont transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation de l'établissement ou du service. Il est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service, à proximité des autres documents, notices et services d'information, notamment le règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, l'arrêté de désignation des personnes qualifiées, la composition et le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale et les tarifs applicables dans l'établissement ou le service. Le projet est mis à disposition des personnels, des partenaires, des personnes accueillies ou accompagnées et de leur entourage dans un format adapté permettant à toute personne d'en prendre connaissance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission a également constaté que seuls 2 comptes-rendus de CVS ont été transmis pour l'année 2023 et 3 en 2024, ce qui signifie que le CVS s'est réuni que 2 fois en 2023, cela contrevient à l'article D311-16 du CASF. Pour 2025, il est prévu que le CVS se réunisse en février, en mai et au mois de novembre et, par conséquent, trois fois dans l'année. La mission a constaté que le CR daté du 27 juin 2024 ne présentait pas la synthèse des sujets de l'ordre du jour. Après échanges avec les représentants lors de l'inspection, la mission n'a pas pu établir avec certitude si les modalités de fonctionnement du CVS (communication de l'ordre de jour 15 jours avant la séance, émission et examens des avis, communication des comptes-rendus) étaient conformes à la réglementation. Écart 7 : : Il n'a pas été porté à la mission d'inspection la preuve que les représentants ont été élus conformément à l'article D311-10 du CASF. Écart 8 : : Les comptes-rendus de CVS ne sont pas systématiquement signés [REDACTED] l'article D311-20 du CASF. Écart 9 : : Le conseil de vie sociale a été réuni deux fois en 2023, cela n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF
1.3 Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements</u>	La mission n'a pas constaté, dans les comptes-rendus de CVS transmis, la présentation des EIG et dysfonctionnement, ainsi que les actions correctives mises en œuvre. Or un EIGS avait été signalé à l'ARS en 2023. Écart 10 : Le CVS n'est pas systématiquement informé des EIG et des dysfonctionnements et des actions correctrices mises en œuvre, conformément à l'article R331-10 du CASF.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4 Gestion de la qualité	1.4.1. <u>Les professionnels référents et le responsable qualité</u>	Une référente qualité était présente au sein de l'EHPAD, mais elle a annoncé son départ à la direction la veille de l'inspection sur site. Elle avait notamment la charge du traitement des événements indésirables. La mission n'a pas reçu d'attestation prouvant qu'elle a suivi des formations en lien avec les méthodes d'amélioration de la qualité.
1.4 Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	L'établissement n'a pas mis en place de plan d'amélioration continue de la qualité. L'établissement a confirmé qu'il allait travailler dessus et notamment sur sa formalisation au cours des prochains mois. La mission insiste sur la priorité de mettre en place ce plan. Il est indispensable pour l'établissement d'établir des objectifs à atteindre. Il doit faire un bilan régulier des objectifs atteints, en cours de

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		réalisation et non atteints. Les échéances doivent également être indiquées. Il est important que ce plan fasse l'objet d'un suivi en Comité PIL (COPIL) qualité. La prochaine évaluation de l'établissement permettra d'alimenter ce plan d'amélioration continue de la qualité. Remarque 6 : En n'ayant pas formalisé de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), l'établissement contrevient au critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la qualité de la HAS.
1.4 Gestion de la qualité	1.4.3. <u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u>	La dernière évaluation externe (désormais évaluation) de l'établissement date de 2014 (évaluation externe 2014), elle est trop ancienne pour être analysée. La prochaine évaluation aura lieu en 2025 (programmation évaluation ARS IDF 2025)
1.4 Gestion de la qualité	1.4.4. <u>La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u>	L'établissement a adressé une charte de promotion de la bientraitance (en document Word), le document n'est pas formalisé. En revanche la charte éthique qui reprend des points de cette charte est quant à elle formalisée. La fiche procédure bientraitance en date de 2024 rédigée par la psychologue et validée par le directeur est complète. En revanche, elle ne rappelle pas la nécessité d'actualiser régulièrement les PAP qui est également un critère de bientraitance. La procédure lutte contre la maltraitance réactualisée en 2024 précise que le directeur est responsable de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance. Elle donne des exemples de mise en situation des comportements à adopter en cas de soupçon de maltraitance. Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance étaient affichés au sein de l'établissement. En termes de formations, l'établissement va inscrire un grand nombre de ses salariés à des formations en lien avec la bientraitance (plan formation 2025), cela concernera plus particulièrement les IDE, les AS. La liste des formations en lien avec la bientraitance démontre que si les années 2023, 2024 se focalisaient principalement sur les formations Montessori, les soins palliatifs, le bien-être des professionnels, le champ des formations devrait être considérablement élargi en 2025. Les réponses aux questions sur les formations au cours des entretiens corroborent en grande partie avec les documents fournis. Il existe également un groupe d'analyse des pratiques animé par un intervenant extérieur afin de réfléchir sur les comportements à adopter dans différentes situations qui peuvent être rencontrées au travail (entretiens). Les attestations des formations suivies en 2023 et 2024 démontrent que la plupart des inscrits ont participé aux formations. Le livret d'accueil expose la volonté de l'établissement de prévenir la maltraitance et de garantir la bientraitance.
1.4 Gestion de la qualité	1.4.5. <u>Les situations de violence ou harcèlement</u>	Dans le règlement de fonctionnement, il est précisé qu'en cas de suspicion d'actes de maltraitance, que ce soit envers un Résident mais également envers un membre du personnel, la Direction réagira à cet effet. Un fait identifié de maltraitance, physique ou morale, active ou passive, sera immédiatement signalé auprès des autorités administratives et judiciaires par l'établissement. Une personne qui remarque une situation inadaptée est invitée à en référer à la Direction de l'établissement. Il est également précisé qu'un soutien peut également être apporté en composant le numéro 3977, numéro national de lutte contre la maltraitance. Dans la procédure lutte contre la maltraitance présentée, il est rappelé que les situations qui constituent des crimes ou des délits relèvent, dès qu'elles sont connues, d'un signalement à l'autorité judiciaire. La procédure est à mettre en lien avec la procédure de signalement d'un évènement indésirable grave. Les mesures

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		prises pour faire aux situations de maltraitance sont précisées : mise à l'écart de l'agresseur par rapport à la victime, entretien du directeur avec le potentiel agresseur...
1.4 Gestion de la qualité	1.4.6. <u>La vidéosurveillance dans les chambres des résidents</u>	La mission n'a pas observé la présence d'un système de vidéosurveillance dans les chambres des résidents.
1.4 Gestion de la qualité	1.4.7. <u>La déclaration des cas de maltraitements</u>	Il existe une procédure de signalement en cas d'agression, elle a été présentée ci-dessus. Il existe une charte de confiance formalisée par [REDACTED] qui atteste que personne ne peut être sanctionnée après avoir signalé de bonne fois un évènement indésirable.

1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	Le cahier des réclamations porte exclusivement sur les repas (observé sur place). Certains salariés ne différencient pas les réclamations des évènements indésirables et certains résidents (aptes à répondre à des questions) ne savent pas quelle est la procédure à suivre pour faire une réclamation. Dans le règlement de fonctionnement, la procédure de réclamation n'est pas rappelée, il est seulement écrit « La Direction se tient naturellement à la disposition du Résident et/ou de son Représentant pour prendre en compte toute remarque ou suggestion ». Il n'est pas écrit qu'il existe un registre des réclamations au sein de l'établissement, que chaque remontée fera l'objet d'une réponse de la direction et que l'établissement réalisera un bilan de ces réclamations. La mission a pu consulter le bilan des réclamations, les mesures prises et les conséquences de ces réclamations étaient précisées. L'établissement indique que les familles passent par les référents métiers pour adresser leurs réclamations et/ou communiquent par courriel. La mission a consulté la procédure de réclamation, le contenu est satisfaisant. La mission a également consulté le document d'extraction des réclamations. L'établissement conserve donc les réclamations, aux moins certaines réclamations, qui lui sont destinées. L'établissement a souligné qu'il travaillait sur la mise en place d'un logiciel/réseau social à destination des familles. Une enquête de satisfaction y sera présente. Remarque 7 : La procédure des réclamations n'est pas suffisamment détaillée dans le règlement de fonctionnement et il n'existe pas de boîtes aux lettres pour déposer les réclamations. Le cahier des réclamations porte exclusivement sur les repas.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.2. <u>La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)</u>	La procédure de communication sur le traitement des EI a été communiquée à la mission d'inspection, ainsi que la procédure Déclarer et Répondre à un EI, le deuxième document indique que c'est à destination des établissements accueillant des résidents en situation de handicap, mais cela est transposable à l'EHPAD. Les documents permettent de différencier les événements indésirables des événements indésirables graves. Il existe également une procédure sur la gestion des risques dans les ESMS de l'OMF La procédure sur le signalement d'un EIG grave est assez exhaustive. Toutefois, les différentes méthodes d'analyse des EI ne sont pas assez étayées. Les différentes procédures n'indiquent pas la mise en place de réunions annuelles rappelant tous les EI qui ont eu lieu au cours de l'année et les mesures qui ont été apportées ou qui doivent être apportées. Si les signalements se font principalement sur un logiciel métier, il existe également des documents papier permettant également de signaler un EI sans avoir à utiliser les systèmes d'information. Ces documents n'avaient pas été constatés le jour du contrôle. Le processus de déclaration des événements indésirables était connu par la direction. En revanche certains salariés ne savaient pas identifier les événements indésirables possibles dans un EHPAD. Plusieurs salariés savaient signaler les EI sur le logiciel et le logiciel donne de nombreux exemples d'événements indésirables. Écart 11 : La notion d'évènement indésirable n'est pas connue par l'ensemble des salariés de l'établissement, ce qui peut représenter un risque pour la sécurité du résident. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. Remarque 8 : Les protocoles relatifs aux EI ne traitent pas de la mise en place de réunions annuelles faisant le bilan des EI/EIG qui ont eu lieu au sein de l'établissement, des mesures qui ont été prises ou qui doivent être prises, et ne détaillent pas suffisamment des méthodes d'analyse des EI.
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. <u>La procédure de gestion des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament</u>	Il ressort des entretiens menés qu'en cas d'erreur de dispensation, de préparation ou d'administration d'un médicament un événement indésirable (EI) est systématiquement déclaré par le biais du logiciel de soins. Chaque EI déclaré est automatiquement dirigé et réceptionné par : le médecin coordonnateur, par la directrice de soins et par l'IDEC. Ces EI sont traités au fil de l'eau. Il n'y a pas de trame d'analyse de ces EI. Une fois analysé, le déclarant à l'origine du constat de cet événement indésirable en est informé des mesures à mettre en place. Souvent, lorsqu'un EI relatif à l'administration des médicaments survient, le médecin coordonnateur ou l'IDEC dispensent des formations de sensibilisation à l'ensemble de soignants. Des mesures correctives sont mises en place pour chaque EI. Lorsque l'EI

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																									
		relève de la prise en charge soignante, le médecin coordonnateur, la directrice des soins ou l'IDEC sont les garants de la mise en œuvre des mesures correctives, tandis que pour les EI administratifs la direction et le cadre administratif garantissent leur mise en œuvre. Lors des entretiens menés, il a été précisé que pour le cas particulier de l'erreur d'administration : - Le pharmacien est prévenu par téléphone aux heures/jours ouvrables, ainsi que le médecin coordonnateur. En dehors des heures d'exercice de ces deux professionnels, la plateforme E ou les SOS médecins sont contactés, afin d'évaluer les risques encourus pour le résident à la suite de cette erreur d'administration ; - Une fiche d'EI est systématiquement consignée dans le logiciel de soins ; - Selon le type de médicament administré, une surveillance est mise en place ; - Si besoin une hospitalisation est envisagée ; - Un Retex est systématiquement organisé. <u>Analyse des EI et des EIG liés à la prise en charge médicamenteuse</u> L'analyse de la déclaration des EI / EIG liés à la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD porte sur les trois dernières années, à savoir de 2022 au 2024 inclus. Cette analyse a été conduite séparément pour les EI et les EIG déclarés à l'ARS. <u>Analyse des EI liés à la prise en charge médicamenteuse</u> Cette analyse avait comme objectifs : - D'évaluer le nombre total annuel des EI médicamenteux ; - De décrire le nombre d'EI médicamenteux survenus chaque année selon leur type (e.g. défaut d'approvisionnement en médicaments, erreur de préparation) ; - De rechercher le nombre d'EI médicamenteux clôturés ; - D'évaluer le nombre total annuel d'EI quel que soit leur type. Le tableau B regroupe les EI médicamenteux survenus entre 2022 et 2024 au sein de l'EHPAD. Tableau B. Répartition des EI médicamenteux selon leur type entre 2022 et 2024 <table><tr><th>Type d'EI</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th><th>Total</th></tr><tr><td>Défaut d'approvisionnement</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Erreur de préparation</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Erreur d'administration</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Défaut de stockage</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></table>	Type d'EI	2022	2023	2024	Total	Défaut d'approvisionnement	■	■	■	■	Erreur de préparation	■	■	■	■	Erreur d'administration	■	■	■	■	Défaut de stockage	■	■	■	■
Type d'EI	2022	2023	2024	Total																							
Défaut d'approvisionnement	■	■	■	■																							
Erreur de préparation	■	■	■	■																							
Erreur d'administration	■	■	■	■																							
Défaut de stockage	■	■	■	■																							

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires															
		<table><tr><td>Total EI médicamenteux</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Total EI clôturé</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Total EI déclaré pour l'année</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></table> En 2023, il y a eu plus d'erreurs de défaut d'approvisionnement par rapport aux autres années. <i>Analyse des EIG liés à la prise en charge médicamenteuse</i> Deux EIG ont été déclarés à l'autorité sanitaire compétente, dont l'un d'entre eux est lié à la prise en charge médicamenteuse. D'après SIVSS, il y a eu une analyse collective de l'évènement avec le médecin traitant, le médeco, le responsable des soins, le pharmacien de l'évènement en utilisant la grille Alarme. L'évènement a été clôturé.	Total EI médicamenteux	■	■	■	■	Total EI clôturé	■	■	■	■	Total EI déclaré pour l'année	■	■	■	■
Total EI médicamenteux	■	■	■	■													
Total EI clôturé	■	■	■	■													
Total EI déclaré pour l'année	■	■	■	■													
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI/EIG</u>	D'après les documents fournis, il existe des indications sur les mesures prises pour empêcher un évènement indésirable, mais ce n'est pas systématique. Certains évènements graves ne font pas l'objet de retour d'expérience : par exemple : l'évènement concerne une résidente qui est retrouvée dans une chambre qui n'est pas la sienne se disputant avec une autre résidente, a le visage tuméfié. Pourtant il n'y a pas de retour d'expérience ou d'analyse de l'évènement d'après le document d'extraction d'EI et de bilan d'EI. Les actions correctrices ou préventives pour éviter les EI ne sont pas incluses dans un PACQ, puisque celui-ci est actuellement non formalisé. Sur les documents d'extraction des EI, la fréquence, le niveau de criticité des évènements et le niveau des risques ne sont pas indiqués. Voir également partie sur les chutes Remarque 9 : Certains évènements qui devraient être qualifiés de graves ne font pas l'objet de Retex, de même les chutes ne font pas l'objet de Retex Remarque 10 : La fréquence, le niveau de criticité et le niveau de risque des évènements ne sont pas indiqués sur les documents d'extraction/ les bilans des EI.															
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.5. <u>La déclaration et l'analyse des chutes.</u>	Il ressort des entretiens menés qu'une conduite à tenir en cas de chute a été élaborée et est disponible pour les professionnels de l'EHPAD au niveau de la gestion électronique des documents (GED). Toutefois, les documents relatifs à la prise en charge des chutes transmis par la direction de l'EHPAD font référence seulement : - Au dépistage et à la caractérisation du risque de chute ; - À l'outil d'évaluation des pratiques lors de la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (i.e. document élaboré par la HAS).															

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La conduite à tenir en cas de survenue d'une chute chez un résident n'a pas été communiquée. Écart 12 : Les professionnels de l'EHPAD ne disposent pas d'une conduite à tenir en cas de chute d'un résident, ce qui nuit à la sécurité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF¹². Il ressort des entretiens menés qu'une analyse collégiale mensuelle sous forme de réunion de concertation pluridisciplinaire à thème (e.g. RCP chutes) est organisée. Les dossiers présentés lors de cette réunion sont ceux des résidents qui ont fait plusieurs chutes pendant le mois précédent. Les professionnels y participant sont : les soignants, le psychomotricien, les kinésithérapeutes. Elle a une durée d'une heure. Les dossiers des résidents chuteurs sont analysés à la recherche des facteurs favorisants médicaux ou environnementaux. Des actions correctives à mettre en place sont proposées le cas échéant. Les entretiens menés précisent que, lorsqu'une chute survient chez un résident, les soignants qui en sont témoins le prennent immédiatement en charge. D'une part ces soignants relèvent les paramètres vitaux et informent le médecin coordonnateur de la survenue d'une chute. D'autre part les soignants témoins recherchent les éléments relatifs à la chute (e.g. moment et mécanisme de survenue) et ses conséquences. Lorsque la chute survient en dehors des heures de présence du médecin coordonnateur sur site, les soignants témoins ou amenés à prendre en charge le résident chuteur font appel, selon la gravité de cette chute : aux médecins, à la plateforme [REDACTED] au 15 (chute grave). Pour les chutes prises en charge au sein de l'EHPAD, un protocole de surveillance post chute est établi et disponible pour les soignants. Ce protocole de surveillance post chute n'a toutefois pas été communiqué à la mission d'inspection. Il ressort des entretiens menés et de l'analyse des dossiers médicaux, que toute chute, quelle que soit sa gravité, est déclarée dans le logiciel métier sous forme de transmission et en tant qu'évènement indésirable. Les entretiens menés précisent que la sensibilisation des professionnels à la déclaration des chutes est réalisée régulièrement lors des réunions de concertation pluridisciplinaires à thème (RCP). <u>Analyse des chutes survenues lors des douze derniers mois (février 2024 – janvier 2025)</u> <i>Analyse de la survenue des chutes à partir de cent trente-sept dossiers médicaux</i> Il ressort de l'analyse des cent trente-sept dossiers médicaux, que trois cents vingt-huit chutes ont eu lieu pendant ces douze derniers mois. Quatre-vingt-deux résidents ont fait au moins une chute pendant cette période. Vingt-et-un résidents font des chutes à répétition (i.e. cinq chutes ou plus par an). En outre, les dossiers médicaux des résidents qui font des chutes à répétition sont présentés mensuellement lors des réunions de concertation pluridisciplinaire à thème (i.e. chutes).

¹² Article L311-3 (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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																
		<i>Analyse de la survenue des chutes à partir des données communiquées par la direction de l'EHPAD</i> La direction de la structure a communiqué trois fichiers comportant les chutes survenues par étage de prise en charge sur la période février 2024 – janvier 2025. Au total, trois cent soixante chutes sont survenues au sein de l'EHPAD sur la période analysée. La différence entre le nombre total de chutes obtenu à partir de l'analyse des dossiers des résidents pris en charge en hébergement permanent, et du nombre de chutes calculé à partir des fichiers communiqués, provient du fait que la population à l'origine de ces analyses n'est pas la même. Ainsi, le calcul du nombre de chutes à partir des dossiers médicaux est relatif aux résidents en hébergement permanent, tandis que le calcul du nombre de chutes à partir des fichiers communiqués par la direction de la structure, prend en considération aussi les résidents en hébergement temporaire. Le tableau C présente la répartition des chutes par mois et par étage de prise en charge. Tableau C. Répartition des chutes survenues entre février 2024 et janvier 2025 par étage et par mois <table><tr><th>Mois</th><th>1^{er} étage</th><th>2^{ème} étage</th><th>RDC et 3^{ème} étage</th><th>Total</th></tr><tr><td colspan="4">2024</td><td></td></tr><tr><td>Février</td><td>5</td><td>11</td><td>12</td><td>28</td></tr><tr><td>Mars</td><td>7</td><td>12</td><td>7</td><td>26</td></tr><tr><td>Avril</td><td>12</td><td>13</td><td>20</td><td>45</td></tr><tr><td>Mai</td><td>12</td><td>8</td><td>19</td><td>39</td></tr><tr><td>Juin</td><td>1</td><td>3</td><td>8</td><td>12</td></tr><tr><td>Juillet</td><td>12</td><td>5</td><td>16</td><td>33</td></tr><tr><td>Août</td><td>12</td><td>5</td><td>6</td><td>23</td></tr><tr><td>Septembre</td><td>7</td><td>6</td><td>15</td><td>28</td></tr><tr><td>Octobre</td><td>17</td><td>1</td><td>9</td><td>27</td></tr><tr><td>Novembre</td><td>15</td><td>3</td><td>21</td><td>39</td></tr><tr><td>Décembre</td><td>11</td><td>5</td><td>17</td><td>33</td></tr><tr><td colspan="4">2025</td><td></td></tr><tr><td>Janvier</td><td>13</td><td>8</td><td>6</td><td>27</td></tr><tr><td>Total</td><td>124</td><td>80</td><td>156</td><td>360</td></tr></table> La mission constate que le nombre de chutes est particulièrement important et il est surprenant qu'il n'y ait pas de Retex à ce sujet. (Voir remarque numéro 8 ci-dessus)	Mois	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage	RDC et 3 ^{ème} étage	Total	2024					Février	5	11	12	28	Mars	7	12	7	26	Avril	12	13	20	45	Mai	12	8	19	39	Juin	1	3	8	12	Juillet	12	5	16	33	Août	12	5	6	23	Septembre	7	6	15	28	Octobre	17	1	9	27	Novembre	15	3	21	39	Décembre	11	5	17	33	2025					Janvier	13	8	6	27	Total	124	80	156	360
Mois	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage	RDC et 3 ^{ème} étage	Total																																																																														
2024																																																																																		
Février	5	11	12	28																																																																														
Mars	7	12	7	26																																																																														
Avril	12	13	20	45																																																																														
Mai	12	8	19	39																																																																														
Juin	1	3	8	12																																																																														
Juillet	12	5	16	33																																																																														
Août	12	5	6	23																																																																														
Septembre	7	6	15	28																																																																														
Octobre	17	1	9	27																																																																														
Novembre	15	3	21	39																																																																														
Décembre	11	5	17	33																																																																														
2025																																																																																		
Janvier	13	8	6	27																																																																														
Total	124	80	156	360																																																																														

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Prise en charge kinésithérapique des résidents chuteurs</u> Il ressort de l'analyse des cent trente-sept dossiers médicaux, que la prise en charge kinésithérapique des quatre-vingt-deux résidents qui font au moins une chute par an, est assurée pour soixante-dix-huit résidents (82,9%). La passation des échelles ou des tests d'évaluation du risque de chute est réalisée pour : - L'échelle Tinetti chez soixante-dix-sept résidents ; - Le test moteur minimum chez soixante-douze résidents. La traçabilité des bilans de kinésithérapie initiaux et de suivi est effective pour soixante-neuf et soixante-sept résidents respectivement. Conclusion : Il ressort de l'analyse des dossiers médicaux, que la prise en charge kinésithérapique des résidents faisant plus d'une chute par an est rapprochée et attentive.
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.6. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	Il ressort que 8 événements indésirables sur 2022, 2023, 2024 étaient des actes de violence ([REDACTED] (document d'extraction EI). Ils n'ont pas été signalés aux autorités administratives. Le fait de ne pas déclarer ces événements aux autorités ne permet pas à ces dernières de s'assurer d'une prise en charge adaptée de ces événements graves et à l'arrêté du 28/12/2016. Par ailleurs, la mission rappelle que selon l'article 40 du code de procédure pénale, la direction doit signaler tous les crimes et délits qui ont lieu au sein de l'établissement Écart 13 : En ne déclarant pas l'ensemble des EIG aux autorités de tarification, l'établissement contrevient à l'article L331-8-1 du CASF¹³ et l'arrêté du 28/12/2016¹⁴.

¹³ Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

¹⁴

Les dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles relèvent des catégories suivantes :

1° Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;

2° Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement ;

3° Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;

4° Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;

5° Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres

personnes extérieures à la structure ;

6° Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;

7° Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels ;

8° Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;

9° Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés ;

10° Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;

11° Les actes de malveillance au sein de la structure.

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																														
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.1. <u>Les effectifs professionnels</u>	<u>Les effectifs prévus en poste :</u>																																																																																														
		Ils sont conformes au registre unique du personnel (voir ci-dessus les différences observées).																																																																																														
		<u>Ils se répartissent comme suit : (source ERRD 2024)</u>																																																																																														
		<table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="4">EFFECTIF TOTAL 2024</th></tr><tr><th>HEB</th><th>DEP</th><th>SOIN</th><th>ETP</th></tr><tr><td>Direction</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>Direction</td><td>██████</td><td></td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Adjoint</td><td>██████</td><td></td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Administration/Gestion</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>Divers</td><td>██████</td><td></td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Services Généraux</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>Atelier</td><td>██████</td><td></td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Service Animation</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>Animation</td><td>██████</td><td></td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Service ASH</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>ASH/Blanchisserie</td><td>██████</td><td>██████</td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Service AMP/AES/AIDE SOIGNANT</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>AMP</td><td></td><td></td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Aide-soignant</td><td></td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>Service Psychologue</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr><tr><td>Psychologue</td><td></td><td>██████</td><td></td><td>██████</td></tr><tr><td>Service Infirmier</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td><td>██████</td></tr></table>		EFFECTIF TOTAL 2024				HEB	DEP	SOIN	ETP	Direction	██████	██████	██████	██████	Direction	██████			██████	Adjoint	██████			██████	Administration/Gestion	██████	██████	██████	██████	Divers	██████			██████	Services Généraux	██████	██████	██████	██████	Atelier	██████			██████	Service Animation	██████	██████	██████	██████	Animation	██████			██████	Service ASH	██████	██████	██████	██████	ASH/Blanchisserie	██████	██████		██████	Service AMP/AES/AIDE SOIGNANT	██████	██████	██████	██████	AMP				██████	Aide-soignant		██████	██████	██████	Service Psychologue	██████	██████	██████	██████	Psychologue		██████		██████	Service Infirmier	██████	██████	██████	██████
				EFFECTIF TOTAL 2024																																																																																												
			HEB	DEP	SOIN	ETP																																																																																										
		Direction	██████	██████	██████	██████																																																																																										
		Direction	██████			██████																																																																																										
		Adjoint	██████			██████																																																																																										
		Administration/Gestion	██████	██████	██████	██████																																																																																										
		Divers	██████			██████																																																																																										
		Services Généraux	██████	██████	██████	██████																																																																																										
		Atelier	██████			██████																																																																																										
		Service Animation	██████	██████	██████	██████																																																																																										
		Animation	██████			██████																																																																																										
Service ASH	██████	██████	██████	██████																																																																																												
ASH/Blanchisserie	██████	██████		██████																																																																																												
Service AMP/AES/AIDE SOIGNANT	██████	██████	██████	██████																																																																																												
AMP				██████																																																																																												
Aide-soignant		██████	██████	██████																																																																																												
Service Psychologue	██████	██████	██████	██████																																																																																												
Psychologue		██████		██████																																																																																												
Service Infirmier	██████	██████	██████	██████																																																																																												

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires				
		infirmier			7,16	7,16
		Service Auxiliaire Médicaux				
		Ergothérapeute				
		Kinésithérapeute				
		Psychomotricien				
		Orthophoniste				
		Services médicaux				
		Médecins				
		TOTAL Personnel				
		<u>Les vacances de postes et les réflexions sur les recrutements (sources : entretiens avec les salariés, la direction, liste des professionnels, plannings, registre de présence des professionnels fournis à la mission)</u> Les postes vacants, concernant le versant soins, sont systématiquement remplacés par des vacataires ou des contrats à durée déterminée (entretiens). La vacance de poste de psychologue, d'animateur, de référent qualité, d'ASH, d'AS, d'auxiliaire de vie fait l'objet d'appels d'offre d'emploi sur des sites spécialisés d'après les entretiens, Au jour de l'inspection, les postes suivants sont vacants au sein de l'établissement (RPU, plannings du trimestre en cours, liste des professionnels en CDD et CDI) : - Un aide-soignant en roulement sur le 3ème étage équipe ROSE, 1 roulement d'AS non pourvu sur le 3ème étage équipe VERTE, - Un ergothérapeute : en cours de recrutement, - Un comptable pôle séjour : en cours de recrutement - Un psychologue junior : en cours de recrutement (réponse aux besoins de suivis des Projets de Vie Individualisés et augmentation de l'accueil de résidents souffrant de troubles psychiatriques) - Un référent qualité : en cours de recrutement - Un deuxième poste d'animateur : en cours de recrutement (offre d'emploi disponible en ligne au jour de l'inspection, offre d'emploi transmise par l'établissement) L'établissement a pour objectif de renforcer ses équipes soignantes et d'ateliers par le biais du recrutement ciblé de - de technicien d'atelier (réponse aux besoins de créations de chambres et autres locaux) - infirmier (offre d'emploi infirmier en EHPAD) - Le recrutement d'un ergothérapeute est en cours de réflexion.				

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Évaluation quantitative IDE et effectifs soignants présents :</u> La mission informe que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis, calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS validée et en vigueur pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. Évaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement) $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ Si RGMP > 3200 = nb ETP AS/AES est insuffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$ Si RPMP > 4300 = nb ETP IDE est insuffisant Les ratios d'encadrement général et soignant au sein du présent sont les suivants :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		HP x PMP/ total ETP IDE (ERRD 2024) ██████████ ██████████ Le nombre d'IDE au sein de l'EHPAD est donc actuellement insuffisant, il lui faudrait au moins, ██████████ IDE. Concernant les ETP AS-AES-AMP HP x GMP / total ETP AS-AES-AMP (tableau des etp budgétés et réel de l'établissement), donnée du 16 janvier 2025) ██████████ ██████████ ██████████ Le nombre d'AS/AES/AMP est insuffisant au sein de l'établissement. Via les offres d'emploi, l'établissement démontre qu'il est conscient du manque d'effectifs d'IDE et de soignants. <u>Si l'établissement devait signer prochainement un CPOM, les constats seraient les suivants :</u> - sur le plan quantitatif : - S'agissant des AS/AES : l'effectif total de ██████████ ETP d'AS/AES/AMP serait non conforme. - S'agissant des IDE (hors cadres soignants) : l'effectif total ██████████ d'IDE serait non conforme. Remarque pluri soins Remarque au moins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end</u>	<u>Les professionnels de nuit (plannings) :</u> 4 professionnels par nuit et par étage sont dédiés à la nuit. A minima un AS par aile et deux par équipe sur l'étage doivent être présents. Tous les AS, AES, AUX ont eu une activité salariée en journée avant d'avoir un poste de nuit, ils font partie des professionnels les plus anciens de l'établissement. Une formation pour travailler de nuit est organisée en amont de l'obtention d'un poste de nuit. <u>Remplacements de nuit :</u> Pour demander à être sur un roulement de nuit ou effectuer les remplacements de nuit, les salariés sont formés en amont (entretiens avec la direction et un professionnel effectuant le service de nuit). En cas d'absence inopinée d'un professionnel intervenant de nuit, l'IDE est prévenue, elle s'organise avec l'astreinte de nuit pour compenser l'absence. Il y a un vivier de professionnels formés à la nuit qui est sollicité. Les plannings montrent qu'il n'y a pas de vacances de poste sur la nuit sur les plannings du mois de décembre 2024 et janvier 2025 <u>L'Astreinte :</u> En cas de difficultés, un appel à l'ide ou cadre de santé d'astreinte de nuit est réalisé par le salarié de nuit, conformément au protocole des astreintes de nuit fourni à la mission.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.3. <u>Inscription à l'ordre des professionnels</u>	Tous les diplômes sont vérifiés en amont de la prise de poste par le service RH, ainsi qu'à chaque obtention de diplôme. Pour effectuer cette vérification, l'assistant RH utilise le site Démarches Simplifiées, qui interroge la base de données de la DRIETS Île-de-France (IDF Authentification). La même démarche est effectuée auprès des ordres professionnels concernés. Il classe ensuite, dans un classeur dédié, la demande de vérification, la preuve de demande ainsi que la réponse obtenue. En cas de détection d'un faux diplôme, une alerte est immédiatement transmise au service de l'ARS.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>Les contrats de travail</u>	<u>Recrutement :</u> Le directeur rencontre chaque postulant, lors du premier entretien. <u>Procédure :</u> chaque personne rencontrée (offre déposée sur Indeed essentiellement) un CDD puis un CDI sont proposés. Concernant les cadres recrutés directement en CDI la période d'essai est d'au moins six mois, il est alors vérifié par des points d'étapes réguliers : • Les bonnes pratiques professionnelles • La bonne capacité à travailler en équipe travail • La régularité au travail Concernant les salariés en CDD, ils se voient proposer un CDI si après 3 mois de présence au poste occupé, ils répondent aux exigences dudit poste.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Le taux d'absentéisme</u>	Le taux d'absentéisme sur 2024 (AT et maladie) est de 8,76%, ce nombre était de 11,99% en 2023 et plus de 15% en 2022, le taux d'absentéisme est donc en diminution. (Document données absentéisme de l'établissement)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	Le dossier des professionnels est situé au sein du pôle administratif, dont l'accès est réglementé. Il est consultable uniquement par le service des ressources humaines et par le professionnel concerné, sur rendez-vous. La tenue à jour des dossiers est assurée par la gestionnaire RH et le service comptabilité. <u>Le contenu du dossier administratif des professionnels :</u> Lors de l'analyse des 18 dossiers consultés sur site, il a été relevé [REDACTED] D'après l'entretien avec la direction, ce contrat a été établi de cette manière afin de permettre à ce professionnel, présent de longue date dans l'établissement, de bénéficier d'une rémunération plus attractive. L'étude des plannings montre que ce [REDACTED] Ce professionnel est actuellement [REDACTED] Ainsi l'ensemble des constats tend à démontrer que le risque de glissement de tâches existe. Écart 14 : En [REDACTED] de poste définissant [REDACTED] réglementée ce qui c [REDACTED] -Les diplômes / inscription à l'Ordre : tous les diplômes et la vérification d'inscription ordinaire sont dans des classeurs dédiés au sein du pôle RH. Une vérification systématique de tous les diplômes de tous les salariés est réalisée auprès de la DREIV, des ordres. -Le suivi de la carrière : une fiche dédiée permet de situer l'évolution professionnelle du salarié. - Les fiches de poste : aucune fiche de poste n'était présente dans les dossiers des professionnels. Quatre professionnels rencontrés sur six ont mentionné qu'une fiche de poste générique leur avait été transmise lors de l'embauche, mais au jour de l'inspection, aucune fiche de poste n'était signée. - L'entretien professionnel et objectifs : l'entretien professionnel est mené par le cadre de proximité. Pour les IDE, les cadres, et les salariés dits « sensibles », le directeur y participe également. La campagne d'évaluation est lancée 2 mois avant la date prévue de l'entretien. Les objectifs sont revus tous les deux ans. La formation est considérée comme l'un des leviers de l'évolution des professionnels, selon les cadres entendus lors des entretiens.

¹⁵ Article L4391-1 Version en vigueur depuis le 20 décembre 2009 Modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 2 Peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'État d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Plan de formation individuelle : toutes les attestations de formations n'étaient pas présentes dans les dossiers -La consultation des bulletins du casier judiciaire est tracée dans un fichier de vérification tenu à jour par le service RH.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Les prestataires externes</u>	Une association nommée GAP intervient au sein de l'EHPAD afin d'effectuer les actes de kinésithérapie. La convention prévoit qu'il appartient à l'association GAP de vérifier les diplômes et l'inscription aux ordres. 5 kinésithérapeutes interviennent régulièrement au sein de l'établissement et assurent une continuité des soins. Il existe une convention renouvelée avec un cabinet de pédicure, podologie, ils interviennent sur rendez-vous.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Le plan de formation des professionnels</u>	Le plan de formation transmis à la mission pour l'année 2024 (réalisé) et 2025 (prévisionnel) est élaboré et planifié par le directeur et en lien avec les besoins repérés dans l'intérêt de l'usager, le renouvellement des formations obligatoires, des souhaits des professionnels et en lien avec la gouvernance et la stratégie de l'établissement. Formation éthique : L'établissement a contracté une convention avec un prestataire. L'ensemble des professionnels a et va participer sur 2 jours à une formation éthique et qui a pour visée : • de mener une réflexion sur l'éthique dans les pratiques d'accompagnement, • d'identifier collectivement les situations qui posent une question éthique, • d'expérimenter une méthodologie d'analyse éthique, • de réfléchir aux bonnes pratiques à mettre en œuvre, • d'élaborer collectivement un référentiel éthique. L'établissement a également prévu des formations telles que Méthode Montessori (adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs). Cette formation est proposée en priorité aux salariées intervenants à l'UVP (entretiens). Mini formations : Elles sont menées par le MedCo, l'IDEC, la cadre de santé, la psychologue, selon la thématique : par exemple les formations prévues au premier trimestre 2025 : • Acquérir des outils de bien-être en tant que soignants pour gérer le stress et cultiver la relation de soin ; • Formation des professionnels sur les troubles du comportement ; • Formation aux troubles de la déglutition ; • Auto-évaluation, démarche d'analyse des risques infectieux ; • Auto-évaluation du circuit du médicament ; • La bientraitance : qui fait intervenir une fois par trimestre un professionnel sous forme d'atelier ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• Conduite à tenir en cas de gastroentérite ; • Accompagnement de personnes en fin de vie ; • Formation défibrillateur. Formation avec des prestataires Une session est prévue en 2025 pour tous les professionnels concernant les soins palliatifs en partenariat avec [REDACTED] [REDACTED] Elle se déroulera sur une journée de formation sur place et sur site. Médiation de bien-être sur le temps de travail : Il y a, à disposition des salariés, une intervention qui s'effectue sur un cycle de 6 semaines (sur volontariat, la séance est prévue le lundi ou le mardi, tous les 15 jours, de 15h à 17 h). VAE : L'établissement est inscrit à [REDACTED] qui s'intitule : « Former et diplômer des aides-soignants grâce à la VAE inversée. Ce dispositif a été déployé auprès de 10 salariés non diplômées AS, disposant de 10 années d'expérience en qualité Auxiliaire de vie, AES -AMP.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>L'aide à la mobilité/mutation des agents</u>	L'EHPAD Ferrari est le seul établissement du groupe gestionnaire en Ile-de-France. Une politique nationale de mutation est inscrite dans le projet de l'Ordre de Malte. Si un salarié souhaite aller travailler dans un autre service du gestionnaire, son projet sera facilité, selon les entretiens.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	Le livret d'accueil des nouveaux salariés a été transmis à la mission. Il permet au nouvel arrivant de se situer dans l'établissement afin d'en appréhender les contours. Il présente tout d'abord l'organisme gestionnaire avant d'aborder les points techniques (la paie, la formation...). Selon le livret des nouveaux salariés et les entretiens menés avec la direction et une salariée nouvellement arrivée : Avant la prise de poste, il est prévu une journée d'intégration qui est rémunérée, et qui permet au postulant retenu et à l'établissement de s'engager dans le contrat prévu. Un accompagnement sur une semaine est organisé avec un référent. La première journée est en binôme, puis une marge d'autonomie est donnée afin d'assurer la sécurité du résident. Les accès aux logiciels, et à l'établissement sont effectifs dès l'arrivée du nouveau salarié.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.11. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et le questionnaire éthique</u>	<u>Réunion sans compte rendu :</u> Tous les matins, lors des transmissions, l'IDE, de service sur l'étage, fait remonter le cas échéant les questionnements aux cadres afin que les questions soient abordées lors du point hebdomadaire. Il a été rapporté, dans le cadre des entretiens individuels menés par la mission sur site, que lorsqu'un questionnaire éthique ou lorsqu'un salarié est en difficulté, un espace de parole est dégagé par ou l'infirmier ou le médecin ou l'IDEC en priorité. <u>Réunion hebdomadaire :</u> Une réunion de coordination avec tous les encadrants a lieu tous les mercredi matin 11h30 -13 h, l'objectif est de faire un point sur les avancés ou les difficultés remontées et d'apporter des réponses ou d'inscrire les actions à mener dans le plan de la qualité (pas actuellement mis en œuvre) : point sur tous les aspects matériels, animation, famille, contrats, résidents, RH, hôtellerie. Chaque encadrant reprend ces points avec ses équipes lors des transmissions et un compte-rendu est à disposition de tous les salariés. <u>Réunions mensuelles thématiques :</u> Il a été fourni à la mission des comptes-rendus de réunion thématiques qui s'opèrent en roulement afin que tous les professionnels bénéficient de ces réunions, mais aussi pour que cela n'impacte pas la continuité de service. Un point est mis à l'ordre du jour et porte par exemple sur : l'accompagnement des résidents, les sujets évoqués au CVS, procédure à tenir en cas de ...Les réunions sont menées par le référent du domaine abordé. Une fiche de présence est remplie et un compte-rendu est disponible : celui-ci a été transmis à la mission. <u>Réunion du personnel :</u> Selon les urgences ou les informations générales, tous les personnels sont conviés à une réunion plénière au moins 2 fois par an et autant que nécessaire.
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>Les plannings des professionnels : confection</u>	Supra 1.1.13. Les plannings des professionnels : organisation
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.13. <u>Les plannings des professionnels : organisation</u>	Vérifiés et programmés mensuellement, les plannings sont validés par le directeur de l'établissement, après que les <i>désidératas</i> des salariés sont remontés au service RH par les cadres de proximité (IDEC, gouvernante). Ils prennent en compte les congés qui doivent être déposés le mois précédant le cycle de 3 mois. Selon la procédure des congés en date de 2021, il est écrit que toute demande de congés doit être demandée avant le 15 du mois M-1 pour le mois M et avant le 31 mars pour les congés d'été. Les demandes de changement de roulement sont possibles dans la mesure où un professionnel peut assurer des heures supplémentaires. Il y a recours aux heures supplémentaires à la demande du salarié. Ces derniers sont inscrits dans un fichier et appelés, le cas échéant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																																																																																																																																																													
		Toutefois, selon la procédure des heures supplémentaires, il y a recours aux heures supplémentaires « en cas de nécessité de service, pour assurer la continuité des soins, faire face à un surcroît d'activité, une urgence ou un besoin ponctuel », à la demande du chef de service, ou de la direction, qui doit organiser l'absence, avec l'accord du salarié : « informé individuellement du nombre d'heures supplémentaires à effectuer, de la date et des modalités de réalisation ». Leur accord est recueilli, en précisant les modalités de rémunération ou de récupération de ces heures. Les volontaires pour effectuer des heures supplémentaires sont inscrits dans un fichier et contactés le cas échéant par le cadre de proximité (IDEC, gouvernante). Le suivi des heures supplémentaires s'effectue sur un tableau dédié afin de s'assurer de ne pas dépasser les 48h00 hebdomadaires. Les professionnels intervenants hors roulement :																																																																																																																																																																																																																													
		<table><tr><th>Profession</th><th>Horaires arrivée - départ</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><td>Directeur</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Directeur adj.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="7">Personnel administratif</td><td>9h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7h30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7h30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">Agent de maintenance</td><td>8h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Animateur</td><td>10h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Médecin (s)</td><td>9h30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Cadre supérieur de santé</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Cadre de santé</td><td>9h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Psychologue</td><td>10h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Kiné.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Psychomot.</td><td>10h00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Profession	Horaires arrivée - départ										Directeur											Directeur adj.											Personnel administratif	9h00										9h00										9h00										7h30										7h30										9h00										9h00										Agent de maintenance	8h00										8h00										8h00										Animateur	10h00										Médecin (s)	9h30										Cadre supérieur de santé											Cadre de santé	9h00										Psychologue	10h00										Kiné.											Psychomot.	10h00																		
Profession	Horaires arrivée - départ																																																																																																																																																																																																																														
Directeur																																																																																																																																																																																																																															
Directeur adj.																																																																																																																																																																																																																															
Personnel administratif	9h00																																																																																																																																																																																																																														
	9h00																																																																																																																																																																																																																														
	9h00																																																																																																																																																																																																																														
	7h30																																																																																																																																																																																																																														
	7h30																																																																																																																																																																																																																														
	9h00																																																																																																																																																																																																																														
	9h00																																																																																																																																																																																																																														
Agent de maintenance	8h00																																																																																																																																																																																																																														
	8h00																																																																																																																																																																																																																														
	8h00																																																																																																																																																																																																																														
Animateur	10h00																																																																																																																																																																																																																														
Médecin (s)	9h30																																																																																																																																																																																																																														
Cadre supérieur de santé																																																																																																																																																																																																																															
Cadre de santé	9h00																																																																																																																																																																																																																														
Psychologue	10h00																																																																																																																																																																																																																														
Kiné.																																																																																																																																																																																																																															
Psychomot.	10h00																																																																																																																																																																																																																														

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires									
		Ergo.									
		Art-thérapeute									
		Responsable de l'hébergement									
		Les personnels techniques de lingerie interviennent à compter de 8h30 pour une période de 7h00. <u>Les professionnels intervenants en roulement : (source : étude et analyse planning, et roulement de présence des salariés fournies à la mission)</u> Le roulement concerne les IDE, les AS, les AMP /AES, les auxiliaires. L'établissement a organisé les roulements en contre équipe : équipe rose, équipe verte. Alternant sur trois jours, sur une amplitude horaire de 8h00 à 20h00 (12h), 7h30à19h30 ; 8h30 à 20h30 ; le roulement est perpétuel. <u>Les ASH ont les mêmes horaires</u> que les gouvernantes, elles débutent leur service à 8h30 sur une amplitude de 12h et appartiennent au cycle rose et vert, ce sur trois jours. Le but du fonctionnement en roulement de jour est notamment de mettre en place en transversale deux IDE, ce qui permet de connaître les résidents d'au moins deux étages. Cela permet également de solliciter l'infirmière d'un autre étage qui est transverse : pour pallier l'absence inopinée d'une IDE d'un autre étage.									
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.14. <u>Les fiches de poste des professionnels</u>	Il n'existe aucune fiche de poste versée au dossier des salariés. Aucune fiche de poste n'a été transmise à la mission. Il a pu être constaté que des professionnels disposent d'un contrat d'aide-soignant, mais n'ont pas le diplôme pour exercer cette mission (voir ci-dessus). Remarque 13 : L'établissement n'a pas élaboré de fiches de poste.									
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.15. <u>Les glissements de tâches</u>	L'organisation des services par équipe en roulement prévoit que chaque catégorie soit dûment représentée. Avant d'avoir recours à un professionnel volontaire afin d'effectuer des heures supplémentaires, l'établissement peut faire appel à un professionnel du rez-de-chaussée. Cette unité de vie accueille les usagers bénéficiant de plus d'autonomie. En cas d'absence d'un professionnel, un des professionnels désignés transverse est détaché sur un autre étage en renfort, soit pour y effectuer le service complet soit dans l'attente de l'arrivée du remplaçant. Le remplacement n'apparaît pas systématiquement sur les plannings, alors que ce dernier est effectif. Par exemple, on note, après analyse du planning de décembre, qu'un sous-effectif d'AS est observable au deuxième étage en journée. Le planning affiché sur site note la présence d'une AS du rez-de-chaussée alors que le planning fourni à la mission ne l'intègre pas. On retrouve également le contrat d'un vacataire qui a effectué le remplacement en décembre sur cette unité, mais le planning n'en fait pas mention. À chaque roulement, au moins un AS ou une IDE est présent sur chaque aile. Les Ide sont présentes lors de tous les temps de distribution des médicaments. <u>Les diplômes</u> La mission n'a pas reçu le diplôme ou l'attestation de formation d'au moins un salarié qualifié d'auxiliaire de vie sociale (emploi caractérisé comme tel sur la fiche de paie)									

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 15 : La mission n'a pas reçu l'attestation de formation ou le diplôme d'au moins un auxiliaire de vie sociale, ce qui contrevient à l'article R451-76 du CASF¹⁶. Cela génère un risque de glissement de tâche. <u>L'administration des médicaments</u> Le protocole d'aide à la prise du médicament, aide à la vie courante revu le 01 janvier 2025, présenté aux équipes et transmis à la réunion des salariés du 10 janvier 2025 préconise une : • Formation continue : le personnel doit suivre une formation régulière sur la manipulation des médicaments, les protocoles à respecter et les risques liés à l'administration de médicaments. • Évaluation des compétences : les compétences du personnel en matière d'aide à la prise de traitement doivent être évaluées régulièrement. Les documents transmis à la mission ne contiennent pas les supports de formation ou l'organisation prévue (qui permettraient d'assurer que les professionnels soient formés). De plus, le plan de formation 2025 ne comporte pas explicitement le temps dédié à cette formation. Remarque 14 : L'établissement n'a pas fourni les documents attestant de la formation des aides-soignants à l'aide à l'administration du médicament en présence des infirmiers. La nuit, les professionnels ne sont pas amenés à donner de médicaments, l'organisation de l'établissement faisant que cela s'effectue avant le départ des IDE, les 6 AS de nuit diplômés en cas d'urgence appelle l'astreinte pour informer du besoin repéré et sollicite les services d'urgences le cas échéant.

¹⁶ Le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale atteste des compétences pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles dans leur vie quotidienne.

Il constitue le premier niveau de qualification de la filière préparant aux métiers de l'aide à domicile.

Les titulaires du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale interviennent auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées, pour une aide dans la vie quotidienne, le maintien à domicile, la préservation, la restauration et la stimulation de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre l'exclusion

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																														
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.16. <u>La gestion des absences prévues et imprévues</u>	Le taux de rotation des professionnels, ci-dessous indiqué et transmis par la structure, indique que peu de poste sont vacants à long terme, et que le remplacement s'effectue par l'emploi de contrats à durée déterminée. Copie du tableau « TAUX DE ROTATION ENTRE 2022 ET 2024 » transmis à la mission : <table><tr><th>CATEGORIE</th><th>NBRE SALARIE 01/01/2022</th><th>NBRE D'ENTREE 2022 / 2023 / 2024</th><th>NBRE DE SORTIE 2022 / 2023 / 2024</th><th>TAUX DE ROTATION</th></tr><tr><td>01 - DIRECTION / ENCADREMENT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>02 - ADMINISTRATION GESTION</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>03 - SERVICE GENERAUX</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>05 - ANIMATEUR</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10 - AIDE SOIGNANT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11 - INFIRMIER</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14 - PSYCHOMOTRICIEN</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15 - PSYCHOLOGUE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>16A - ASH</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>16B - AGENT DE SOIN / ADV</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>19 - MEDECIN</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Le taux de rotation global entre 2022 et 2024 est de 43,75% ce qui est très élevé. En 2024, les professionnels ayant quitté l'établissement sont définis comme suit : <table><tr><th colspan="6">DURÉE INDÉTERMINÉE</th></tr><tr><th>DEMISSION</th><th>DEMISSION</th><th>LIC. FAUTE GRAVE</th><th>RUPT.CONVENTIONNELLE</th><th>DÉMISSION Total</th><th>RUPT.CONVENTIONNELLE Total</th></tr><tr><td>10 - INFIRMIER</td><td>11 - AIDE SOIGNANT</td><td>11 - AIDE SOIGNANT</td><td>11 - AIDE SOIGNANT</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td></tr></table> Rupture conventionnelle total : 2	CATEGORIE	NBRE SALARIE 01/01/2022	NBRE D'ENTREE 2022 / 2023 / 2024	NBRE DE SORTIE 2022 / 2023 / 2024	TAUX DE ROTATION	01 - DIRECTION / ENCADREMENT					02 - ADMINISTRATION GESTION					03 - SERVICE GENERAUX					05 - ANIMATEUR					10 - AIDE SOIGNANT					11 - INFIRMIER					14 - PSYCHOMOTRICIEN					15 - PSYCHOLOGUE					16A - ASH					16B - AGENT DE SOIN / ADV					19 - MEDECIN															DURÉE INDÉTERMINÉE						DEMISSION	DEMISSION	LIC. FAUTE GRAVE	RUPT.CONVENTIONNELLE	DÉMISSION Total	RUPT.CONVENTIONNELLE Total	10 - INFIRMIER	11 - AIDE SOIGNANT	11 - AIDE SOIGNANT	11 - AIDE SOIGNANT								2
CATEGORIE	NBRE SALARIE 01/01/2022	NBRE D'ENTREE 2022 / 2023 / 2024	NBRE DE SORTIE 2022 / 2023 / 2024	TAUX DE ROTATION																																																																																												
01 - DIRECTION / ENCADREMENT																																																																																																
02 - ADMINISTRATION GESTION																																																																																																
03 - SERVICE GENERAUX																																																																																																
05 - ANIMATEUR																																																																																																
10 - AIDE SOIGNANT																																																																																																
11 - INFIRMIER																																																																																																
14 - PSYCHOMOTRICIEN																																																																																																
15 - PSYCHOLOGUE																																																																																																
16A - ASH																																																																																																
16B - AGENT DE SOIN / ADV																																																																																																
19 - MEDECIN																																																																																																
DURÉE INDÉTERMINÉE																																																																																																
DEMISSION	DEMISSION	LIC. FAUTE GRAVE	RUPT.CONVENTIONNELLE	DÉMISSION Total	RUPT.CONVENTIONNELLE Total																																																																																											
10 - INFIRMIER	11 - AIDE SOIGNANT	11 - AIDE SOIGNANT	11 - AIDE SOIGNANT																																																																																													
					2																																																																																											

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																								
		En 2024, les professionnels ayant intégré l'établissement sont définis comme suit : <table><tr><th colspan="5">DURÉE INDÉTERMINÉE</th></tr><tr><th>03 - SERVICE GÉNÉRAUX</th><th>05 - ANIMATEUR</th><th>10 - AIDE SOIGNANT</th><th>16 - ASH / AGENT DE SOIN / ADV</th><th>18 - MEDECIN COORDINATEUR</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 7 Du tableau de recensement des recours au CDD de septembre 2024 à janvier 2025, ci-après il ressort que l'établissement privilégie les CDD au contrat journalier ou hebdomadaire. <table><tr><th rowspan="2">Catégorie socio professionnel</th><th colspan="5">Nombre de contrat par remplaçant du 1 septembre 2024 au 1 janvier 2025</th></tr><tr><th>1 contrat</th><th>2 contrats</th><th>3 contrats</th><th>4 contrats</th><th>5 contrats et plus</th></tr><tr><td>IDE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AMP/AES</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AUX</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Le remplacement est privilégié par les professionnels qui sont sur l'équipe transverse. À savoir les IDE, 2 sont désignées comme transverses, les AS -Aux, une qui intervient sur le roulement du rez-de-chaussée (étage où les usagers sont plus autonomes) sont amenés le matin, lors de la prise de service, à se voir confier ou un renfort ou un remplacement. Le volontariat pour les remplacements :	DURÉE INDÉTERMINÉE					03 - SERVICE GÉNÉRAUX	05 - ANIMATEUR	10 - AIDE SOIGNANT	16 - ASH / AGENT DE SOIN / ADV	18 - MEDECIN COORDINATEUR						Catégorie socio professionnel	Nombre de contrat par remplaçant du 1 septembre 2024 au 1 janvier 2025					1 contrat	2 contrats	3 contrats	4 contrats	5 contrats et plus	IDE						AS						AMP/AES						AUX						ASH					
DURÉE INDÉTERMINÉE																																																										
03 - SERVICE GÉNÉRAUX	05 - ANIMATEUR	10 - AIDE SOIGNANT	16 - ASH / AGENT DE SOIN / ADV	18 - MEDECIN COORDINATEUR																																																						
Catégorie socio professionnel	Nombre de contrat par remplaçant du 1 septembre 2024 au 1 janvier 2025																																																									
	1 contrat	2 contrats	3 contrats	4 contrats	5 contrats et plus																																																					
IDE																																																										
AS																																																										
AMP/AES																																																										
AUX																																																										
ASH																																																										

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Il est organisé par les cadres de proximité, puis il est remonté à la direction, une attention particulière est portée afin que le salarié ne dépasse pas les 40 h hebdomadaires. Le recours au CDD est déclenché pour donner suite à un arrêt maladie, une absence en vue d'un départ, le temps du recrutement. L'établissement a un vivier de professionnels à disposition, pour l'essentiel reposant sur d'anciens professionnels ayant exercé dans cet établissement, qui ne souhaitent pas, selon un entretien mené, intégrer l'établissement sur un temps d'engagement. Ce vivier fait également appel, sur les périodes d'été, aux IDE en formation et disposant de la qualification d'AS.

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3 Gestion d'information	2.2.1. <u>Les données statistiques de la structure</u>	Le rapport d'activité de la structure de 2023 était relativement complet. Les données relatives au GIR et au Pathos étaient récentes.
2.3 Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u>	Les membres de la mission ont été destinataires de la liste des mouvements 2024 2025 de l'établissement, toutefois rien n'indique que le registre des entrées et sorties des résidents est paraphé par le maire. Écart 16 : La mission n'a pas reçu la preuve que le registre des entrées et sorties est paraphé par le maire ce qui contrevient à l'article R331-5 du CASF.
2.3 Gestion d'information	2.2.3. <u>Les dossiers administratifs des résidents</u>	Le contenu des dossiers administratifs est dans l'ensemble bien tenu. - <u>État des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement :</u> Lors de l'étude de certains dossiers administratifs des résidents, la mission constate que les dossiers ne comportent pas l'état des lieux entrée/ sortie des chambres.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 17 : L'état des lieux entrée/sortie des chambres n'est pas présent dans les dossiers des résidents. L'établissement contrevient à l'article L. 311-7-1 du CASF : Dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1, un état des lieux contradictoire est réalisé à l'entrée et à la sortie du résident. - <u>Élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants :</u> Lors de l'étude des dossiers administratifs des résidents, la mission constate que tous les CT sont signés par le résident ou son représentant. Mais 3 dossiers sur 4 ne mentionnent pas le motif de non-désignation d'une personne de confiance et aucun dossier ne fait mention des directives anticipées. Écart 18 : Certains résidents n'ont pas de personne de confiance et le motif de non-désignation n'a pas été indiqué d'après la consultation des dossiers administratifs des personnes accompagnées. L'établissement contrevient à l'article L. 311-5-1¹⁷ et l'article L.1111-6 du Code de la santé publique. Aucune annexe relative aux contraintes de liberté d'aller et venir, à la contention ou à d'autres mesures restrictives n'a été retrouvée. Aucun compte rendu (CR) n'a été retrouvé dans les dossiers, de même qu'aucun Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) n'était présent. Les directives anticipées n'étaient pas présentes dans les dossiers administratifs ni d'attestation justifiant que le résident refusait de remplir la fiche. Enfin, au moins un dossier contenait des données médicales, notamment des résultats biologiques. Écart 19 : : La présence de données médicales dans les dossiers administratifs constitue un manquement à l'obligation de séparer les informations médicales des informations administratives, en vertu de l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique.

¹⁷ Lors de sa prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 15 : Les directives anticipées (ou les attestations confirmant que les résidents ne souhaitent pas les renseigner) ne sont pas présentes dans les dossiers administratifs des résidents
2.3 Gestion d'information	2.2.4. <u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u>	Le dossier médical du résident se déploie sous deux formats : - Papier qui regroupe : ○ Dossier de demande d'admission ; ○ Visite de préadmission ; ○ Lettre de sortie et compte rendu d'hospitalisation ; ○ Courriers consultation externe ; ○ Prescriptions ; ○ Résultats de biologie ; ○ Résultats d'imagerie ; - Informatisé () qui comporte : ○ Les observations médicales (i.e. admission, suivi, synthèse annuelle) ; ○ Les éléments du bilan gériatrique (i.e. admission, de suivi) ; ○ Les observations des rééducateurs et du psychologue ; ○ Les prescriptions médicamenteuses, du régime alimentaire, de prise en charge psychologique et de rééducation ; ○ Le projet d'accompagnement personnalisé ; ○ Les vaccinations ; ○ Le plan de soins ; ○ Les transmissions soignantes ; ○ Les relèves des constantes et du poids / taille (e.g. courbe de poids) ; ○ Le dossier de liaison d'urgence (DLU). Il convient de préciser que les comptes rendus des hospitalisations ou les lettres/ comptes rendus des consultations externes sont scannés et intégrés dans le logiciel (). Par ailleurs, le DLU est disponible seulement sous format informatisé. Il n'existe pas actuellement au sein de la structure un ordinateur qui permet l'accès aux DLU en cas de panne informatique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Écart 20 :</u> Le DLU est disponible seulement sous format électronique. Par ailleurs, aucun ordinateur de l'EHPAD ne permet actuellement d'imprimer des documents médicaux dont le DLU en cas de panne informatique. Ce contexte nuit à la sécurité du résident lorsqu'une urgence médicale vitale survient au sein de l'EHPAD, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF¹⁸.
2.3 Gestion d'information	2.2.5. <u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u>	Les dossiers médicaux papier des résidents sont stockés dans trois armoires, plus précisément un par étage, qui ferment à clé. Les dossiers y sont disposés par ordre alphabétique.

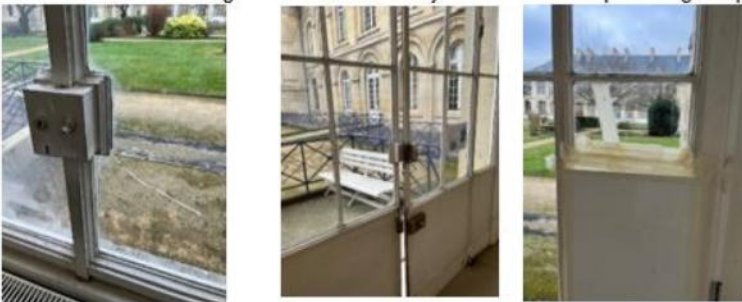
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4 Bâtiments, espace extérieur et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment et sécurité des locaux</u>	Le bâtiment, inauguré en 1888 et implanté sur 2,5 hectares de jardin et parc est situé dans le centre-ville de Clamart. Il est d'une surface de [REDACTED]. Les façades et la chapelle, le château d'eau sont inscrits à l'inventaire des monuments historiques. L'état général du bâtiment est correct, mais les équipements sont vieillissants voir dégradés. La mission a constaté des carreaux abîmés au sol, au deuxième étage, un carrelage était complètement cassé, des murs « cloqués », des radiateurs abîmés, des vitres fissurées. Le réseau d'eau vieillissant est proportionnel à la taille du bâtiment. Des fuites en cours et des dégâts des eaux ont été observés à plusieurs endroits du bâtiment.

¹⁸ [Article L311-3 \(1°\) 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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		 Carrelage cassé, murs cloqués, photographies prises le jour de l'inspection (16 janvier 2025)  Radiateur abîmé pouvant engendrer des risques de blessures, rouille, fuites d'eau. Photographies prises le jour de l'inspection (16 janvier 2025) Des fenêtres du 1^{er} étage donnant accès au jardin sont en simple vitrage et pour certaines des fissures ont été constatées

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		 (Photographies de l'établissement prises le jour de l'inspection, 16 janvier 2025) Une porte donnant accès au jardin par une rampe d'accès était très difficile à fermer et était laissée entre-ouverte. La mission a également constaté que l'office de la salle à manger du 1^{er} étage était dans un état médiocre (plan de travail usé pouvant être source d'une hygiène insuffisante, portes de placards manquantes).  (Photographie de l'office de la salle à manger prise le jour de l'inspection, 16 janvier 2025) Le taux de vétusté du bâtiment déclaré dans le dernier tableau de bord de l'ANAP en 2024 et sur l'ERRD 2023 est [REDACTED] [REDACTED] pour les installations techniques. La dernière grande phase de travaux de l'établissement date des années 2006 à 2009.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Des travaux de rénovation des chambres (peinture et sol si nécessaire) sont réalisés au départ de résidents. Cependant la mission a constaté que la peinture d'une chambre visitée et libre au 1^{er} étage était dans un état médiocre (traces noires sur le papier peint) et que certains rideaux étaient en mauvais état.  (Photographie d'une chambre inoccupée du premier étage, 16 janvier 2025) Les salles de bains visitées sont en bon état et accessibles aux personnes à mobilité réduite avec douche à l'italienne. Le lavabo ainsi que le miroir sont à une hauteur adaptée pour les personnes à mobilité réduite. Elles sont équipées de barre d'appui au niveau des toilettes et de la douche. Un siège de douche est fixé au mur. Une armoire de toilette permet d'entreposer des affaires personnelles. Les sols sont antidérapants. La mission a constaté que de nouvelles chambres sont en cours de création. Des travaux ont été présentés au cours des réunions de CVS du 28.03 et 21.11.2024 et portent sur : « la transformation de salons en chambres, la création de 10 nouvelles chambres pour les accueils temporaires du dispositif HTSH, la rénovation du clocher, la restauration de la chapelle ». Écart 21 : Certaines parties des locaux ou certains équipements sont détériorés, par exemple certains carrelages, ce qui représente un risque pour la sécurité des résidents ou impacte la qualité de l'accompagnement. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. Les accès au local de stockage des médicaments, au stockage du linge propre, ne sont absolument pas sécurisés, notamment au deuxième étage. Bien que certaines portes soient équipées de codes d'accès, les membres de la mission ont constaté qu'un simple appui sur la poignée permettait leur ouverture. Même après avoir claqué les portes, celles-ci étaient facilement ouvrables. Ces espaces comprenaient des produits/et/ou médicaments dangereux (corrosifs, inflammables...) bicarbonate, du détergent... Par ailleurs, il a été observé à plusieurs reprises que le poste de soins était fréquemment laissé ouvert (voire écart partie poste de soins). L'étage concerné comporte des résidents, qui pour certains, déambulent activement et ont des troubles cognitifs très importants.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Une cuisine était grande ouverte au jour de l'inspection, ce qui représente un risque pour les résidents. Écart 22 : Certains locaux (cuisine, local à lingerie ou de stockage de médicaments) stockant des produits, des médicaments ou du matériel dangereux ne sont absolument pas sécurisés ce qui représente un risque pour les résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF¹⁹. Certaines issues de secours étaient obstruées par des paravents. Remarque 16 : Certaines issues de secours étaient obstruées ce qui représente un risque en cas d'incendie.
2.4 Bâtiments, espace extérieur et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u>	Le bâtiment est entretenu par une équipe dédiée de [REDACTED] que par des sociétés extérieures qui interviennent sur devis. Une équipe technique, composée d'un cadre technique et de deux agents d'entretien assure le suivi de l'entretien et des réparations, 7 jours sur 7. Ils sont présents en roulement de 9h à 7h y compris les week-ends et les jours fériés. Ils assurent également une astreinte pendant une semaine (du lundi au lundi) et peuvent être amenés à se déplacer sur place après appel de l'établissement sur un téléphone d'astreinte. Un cahier de réparation est centralisé à l'accueil. L'agent d'accueil répertorie les demandes exprimées par les salariés, les familles ou les résidents avec la date et l'objet. Les agents d'entretien consultent ce cahier plusieurs fois par jour. Les réparations sont effectuées dans la journée et une traçabilité est assurée par la signature de l'agent qui s'est chargé de la réparation. La maintenance technique du bâtiment est assurée en lien avec des sociétés extérieures spécialisées par domaine (SSI, désenfumage, ventilation, climatisation, ascenseurs, matériels de cuisine...) et le passage de bureaux de contrôle. La mission a procédé à l'analyse du registre de sécurité de l'établissement et a constaté que celui-ci était incomplet. Il ne comprenait pas notamment les consignes et procédures en cas d'incendie, les dernières dates de formation des personnel, les dates de contrôle et de vérification des installations, ainsi que les levées de réserve, le suivi des travaux réalisés par les entreprises avec les dates, la nature des travaux et le nom des entreprises.

¹⁹ 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 ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 17 : Le registre de sécurité est incomplet. Celui-ci ne comprenait pas notamment les consignes et procédures en cas d'incendie, les dernières dates de formation des personnel, les dates de contrôle et de vérification des installations, ainsi que les levées de réserve, le suivi des travaux réalisés par les entreprises avec les dates, la nature des travaux et le nom des entreprises.
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>Le système et/ou la salle de rafraichissement</u>	Le bâtiment est équipé d'une pièce rafraichie, au 1^{er} étage, 2^{ème} et 3^{ème} étage, dans les salles-à-manger, côté droit. L'établissement met à disposition en cas de besoin des climatiseur mobiles dans les espaces communs et les couloirs. Par ailleurs des ventilateurs sont également mis à disposition pour les résidents, dans les chambres. (Photographie d'une couverture de survie sur le vitrage du deuxième étage, 16 janvier 2025)  La mission a constaté la pose de couverture de survie sur les vitrages des espaces de circulation au 2^{ème} étage. Cela interroge la mission sur l'isolation et le confort thermique du bâtiment.
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.4. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u>	Les circulations horizontales sont équipées de barre d'appui et les espaces de circulation sont spacieux. Des bancs sont installés dans certains couloirs (ex : 1^{er} étage). Les sanitaires dans les espaces communs sont également équipés de barres d'appui. Cependant, la présence de mobiliers (armoires) et des chariots dans certains couloirs empêchent la continuité de la marche à l'aide des barres d'appui. Les circulations verticales sont assurées par 5 ascenseurs, répartis sur plusieurs ailes du bâtiment. Les accès au sous-sol (espace technique) ainsi qu'au 3^{ème} étage (unité protégée) ne sont possibles qu'en composant un digicode.  (Photographies des espaces de circulation de l'établissement, 16 janvier 2025)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.5. <u>Les équipements facilitant le déplacement</u>	L'établissement dispose d'aides techniques pour les personnes à mobilité réduite, permettant de faciliter les déplacements (mise à disposition de fauteuils roulants à l'accueil pour les sorties par exemple). Une réserve de matériel médical est située au sous-sol. La mission n'a pas constaté la présence de rails de transfert dans les chambres des résidents. Remarque 18 : Le [REDACTED] établis le 14 mai 2024, nécessiteraient des aménagements techniques, du type rail de transfert, pour faciliter la prise en charge des personnes dépendantes par les aides-soignants.  (Photographie d'une réserve de matériel médical au sous-sol, 16 janvier 2025)
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.6. <u>Les équipements contribuant à la prévention de la maltraitance</u>	Des verticalisateurs sont situés à l'entrée des chambres des résidents le nécessitant. Une réserve de lèves-malade est également à disposition au sous-sol. Un document unique d'évaluation des risques professionnels existe : datant de 2024, il a été transmis à la mission. Celui-ci cartographie les risques en évaluant pour chaque risque et catégorie d'emploi, le niveau de risque (toléré, mineur, majeur, catastrophique) sa criticité (indiquant un niveau de priorité du risque). Il précise également les moyens de prévention, de protection et les mesures à prévoir, selon le niveau de risque identifié et les catégories de professionnels concernées. Cependant la mission n'a pas observé l'existence d'une organisation pluridisciplinaire (groupe de travail avec réunions et émargement) pour son actualisation. De plus, le plan prévoit des mesures, sans détailler les responsables d'action, ni les échéances et aucun plan d'action d'amélioration des risques n'a été fourni à la mission. L'évaluation HAS étant prévue au 1^{er} semestre 2025, la mission ne dispose pas des résultats.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		 (Photographies des lèves malades, 16 janvier 2025) Le plan de formation fourni par l'établissement n'indique pas l'existence de formations à l'utilisation des équipements de travail (lèves malade, verticalisateurs...) auprès des professionnels concernés. Remarque 19 : Malgré la présence du DUERP, il n'est pas prouvé que l'employeur met en œuvre les actions de prévention indiquées conformément à l'article L4121-3 du code du travail.

2.4. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5 Sécurités	2.4.1. <u>Les déchets ménagers (DAOM)</u> 2.4.2. <u>Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)</u>	Des poubelles distinctes existent pour les déchets alimentaires (salles à manger d'étage, cuisine). Des poubelles jaunes ainsi que des poubelles blanches sont réparties dans les couloirs de l'établissement sans que la mission ait pu déterminer qu'un tri soit effectif. Les soignants disposent de chariots à 4 bacs, dont l'un contient un bac avec des sacs plastiques de couleur transparente singulier par étage (ex : rouge pour le 1^{er} étage). Cependant la mission n'a pas constaté l'existence d'un tri de ces déchets. Par ailleurs la mission a remarqué que plusieurs poubelles sont placées devant des armoires électriques. La mission rappelle que les établissements générant plus de 1100 litres de déchets par semaine doivent mettre en place un tri sélectif pour les emballages papiers, cartons et biodéchets.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Photographie des DAOM, 16 janvier 2025) Remarque 20 : Il n'existe pas de procédure relative à l'organisation et au tri des déchets ménagers dans l'établissement, ni l'existence d'un système de valorisation des déchets sur place. <u>DASRI</u> Lors de la visite des locaux, les membres de la mission d'inspection ont constaté que les points de collecte initiale des DASRI se situent dans chaque infirmerie. Ces trois points d'entrée du circuit DASRI comportent chacun des cartons de collecte dédiés à ces types de déchets. Sur chaque carton DASRI est consigné : le nom de la structure, l'étage et sa date d'ouverture. Il n'existe pas d'espace dédié aux DASRI à chaque étage de prise en soins. Un espace de collecte des DASRI des trois étages de l'EHPAD se situe au rez-de-chaussée. Sa signalétique est mise en place. L'espace de collecte est sécurisé par code. Son local est constitué par une toilette désaffectée. Il mesure environ 5 m². Le local était propre le jour de l'inspection sur site. Il comportait un seul carton DASRI trop rempli. Cet espace, qui est protégé des intempéries et de la chaleur, n'est pas ventilé. Il ne dispose pas d'une cuvette de rétention. Ses murs et le sol sont facilement lavables. La durée de stockage des DASRI est d'environ deux semaines. Un prestataire s'en occupe. Leur enlèvement est réalisé d'une façon bimensuelle. La mission n'a pas reçu de convention pour l'élimination des DASRI Écart 23 : L'absence de convention pour l'élimination des DASRI contrevient à l'article R1335-3 du CSP.²⁰

²⁰ Les personnes mentionnées à l'article R. 1335-2 peuvent, par une convention qui doit être écrite, confier l'élimination de leurs déchets d'activités de soins et assimilés à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations. Un arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé fixe les stipulations que doivent obligatoirement comporter ces conventions.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 21 : L'espace de collecte des DASRI du rez-de-chaussée ne comporte pas de système de ventilation, ni de cuvette de rétention ce qui risque d'accroître les risques de contamination.
2.5 Sécurité	2.4.3. <u>Les vaccinations des résidents et des professionnels</u>	<u>La vaccination des résidents</u> Il ressort des entretiens menés que le suivi vaccinal des résidents est assuré par le médecin coordonnateur. Les entretiens menés permettent de préciser que les vaccinations grippe / COVID ont été réalisés fin octobre – début novembre 2024. Lors de la demande d'accord menée auprès des résidents / représentants légaux sept refus de vaccination ont été émis. Pendant leur vaccination huit refus supplémentaires ont été consignés dans les dossiers des résidents. Ces deux vaccinations (i.e. COVID, grippe) ont été réalisés à quinze jours d'intervalle. La proportion de résidents vaccinés est égale à 90,0% [REDACTED] La direction de la structure consigne dans un document transmis à la mission d'inspection que : [REDACTED] ont été vaccinés contre la grippe entre le 10 octobre et le 31 décembre 2024. La proportion de résidents vaccinés contre la grippe est ainsi égale à 92%. Par ailleurs, un protocole de vaccination antigrippe (Réf. : Protocole de vaccination antigrippe, version 1 du mois de janvier 2025, élaboré par le médecin coordonnateur, vérifié par le médecin spécialiste prescripteur et validé par le directeur de la structure), présente succinctement les principales étapes du processus de vaccination antigrippale des résidents. Ne sont pas précisés les éléments suivants : - La période prévue de vaccination. - Les soignants intervenant à chacune de ses étapes (e.g. demande de consentement par le médecin coordonnateur). - L'organisation effective par étage et jour de vaccination le cas échéant. - Les effets indésirables qui peuvent survenir (type d'effet indésirable et moment de survenue) ainsi que leur prise en charge. Remarque 22 : Le protocole de vaccination antigrippe est sommaire <u>Vaccination des professionnels</u> La vaccination des professionnels lors de la campagne de vaccination prévue à l'automne 2024 s'est limitée à un professionnel pour la vaccination antigrippale, tandis que pour la vaccination COVID aucun professionnel ne s'est porté volontaire.
2.5 Sécurité	2.4.4. <u>L'aide à la prévention des chutes</u>	Des barres d'appui sont systématiquement présentes à chaque niveau de prise en soin et dans les escaliers reliant les différents étages de l'EHPAD.
2.5 Sécurité	2.4.5. <u>La prévention des fugues</u>	Des barrières amovibles sont installées sur les accès menant aux escaliers pour bloquer l'accès aux résidents et éviter les risques de chutes.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission n'a pas constaté l'existence de portique anti-fugue ni d'équipements de bracelet/montre pour des résidents à risque de fugue. Cependant, une liste des personnes identifiées à risque est disponible. Ce trombinoscope répertorie les personnes à risque dans l'établissement ; l'unité de vie protégée étant située au 3^{ème} étage. Un système de vidéosurveillance avec un enregistrement comportant de nombreuses caméras situées aux entrées, sorties et dans les couloirs du bâtiment permet d'assurer une recherche en cas de besoin. La déclaration du dispositif de vidéosurveillance a été faite auprès de la CNIL le 27.04.2018. Les ascenseurs sont équipés de digicode et permettent de restreindre l'accès aux résidents non-autorisés (le sous-sol est réservé aux professionnels et à l'espace technique) ou aux résidents de l'unité protégée (3^{ème} étage). L'accès à l'établissement est possible par le biais d'un digicode ou d'une sonnette reliée à l'espace d'accueil, permettant ainsi de réduire les risques de fugues. Les résidents susceptibles d'être fugeurs sont hébergés dans les étages. Les résidents du rez-de-chaussée sont plus autonomes. L'évaluation du résident s'effectue lors de la réunion hebdomadaire et une vigilance particulière est mise en place si nécessaire (les soignants s'assurent de la présence du résident plus régulièrement). Une des professionnels rencontrés a déclaré que lors des transmissions, le sujet est abordé systématiquement lorsqu'une vigilance doit être posée. L'accès à la cour intérieure de l'établissement se fait de manière libre en journée, mais les portes dont l'ouverture se fait automatiquement sont verrouillées à partir de 21 h00, et l'accès aux étages et sur la cour intérieure se fait par badge. S'agissant des résidents situés à l'étage réservé aux résidents le plus vulnérables (Unité de Vie Protégée) : le niveau de l'UVP n'est accessible que par code ou par badge. Ce code n'est pas communiqué aux familles. Lors de leur visite, elles sont accompagnées.
2.5 Sécurité	2.4.6. <u>Le système d'appel malade</u>	Le dispositif d'appel malade est déployé sur tout l'établissement. L'établissement n'a pas transmis à la mission le journal des appels et l'analyse des temps de réponse des appels malades. L'étude de ce journal permettrait de garantir une réponse rapide en ciblant les leviers d'amélioration aux réponses tardives. Remarque 23 : L'établissement ne procède pas à l'étude du journal des appels malades ce qui favoriserait une réponse rapide L'utilisation des appels malade est caractérisée par un signal sonore, visuel. Le dispositif prévoit une poire au lit et un lacet d'appel au niveau des sanitaires douche. Le fonctionnement du dispositif est expliqué à l'arrivée du résident dans la chambre. Les 16 appels malades testés étaient fonctionnels. <u>Fonctionnement du dispositif :</u> Le résident alerte via la poire au lit ou le lacet. Une lumière rouge clignote au-dessus de la chambre, un bandeau lumineux inscrit l'état de l'appel (appel à prendre clignote en rouge, en cours de résolution arrêt du clignotement et lorsqu'il s'affiche en vert, l'appel est résolu).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• L'appel est également relayé sur le DECT des soignants de l'étage. L'acquittement ne peut se faire que de la chambre. • Le résultat des tests est aléatoire, variant d'une réponse à 0.23 minutes à plus de 3 minutes. Remarque 24 : Le temps de réponse aux appels malades recensé sur site peut dépasser les trois minutes

3. Prises en charge

3.1. Organisation charge de l'admission à la sortie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>La préadmission</u>	Selon les entretiens menés et l'état des mouvements de la maison, l'origine de la demande d'admission des résidents se situent : Les établissements de santé [REDACTED] recouvrant environ 70% des demandes ; toutefois une autre source indique que les résidents admis arrivent du domicile pour 12%, d'un autre Ehpad 3% ou d'un établissement sanitaire (hôpital, SSR) 59%. Pour 19% des mouvements, le lieu de provenance n'a pas été renseigné (source : état des mouvements de [REDACTED] fourni par l'établissement). - - Les médecins traitants exerçant à proximité de l'EHPAD ; - Les familles des futurs résidents, qui doivent disposer d'un courrier écrit par leur médecin traitant. Il ressort des entretiens menés que : - Le médecin coordonnateur est systématiquement sollicité pour donner son avis sur la préadmission d'un résident. Pour donner son avis, il s'appuie sur les informations contenues dans le dossier de préadmission Cerfa. La traçabilité de cet avis est consignée sur la fiche de la visite de préadmission. Le directeur de l'EHPAD suit systématiquement l'avis du médecin coordonnateur. - La visite de préadmission est systématiquement réalisée. Les seules exceptions sont constituées par des demandes de rapprochement familial, lorsque les résidents habitent dans un autre département. - L'outil [REDACTED] est utilisé par le directeur et la directrice des soins à toutes les étapes du processus de préadmission et d'admission des nouveaux résidents. - Le seul critère de refus est constitué par l'inadéquation entre les besoins en soins exigés par le futur résident et les capacités de prise en charge de l'EHPAD (e.g. résident présentant des troubles cognitifs relevant d'une prise en charge en UHR). Le refus d'un résident est porté à la connaissance de la famille par la directrice des soins. Lorsqu'un avis favorable est donné à une demande, un contrat de séjour est conclu entre le directeur et le résident ou son représentant légal le cas échéant. Dans le protocole d'admission, il n'est pas fait référence à l'utilisation de [REDACTED] par l'établissement, ni au dossier unique d'admission (il est simplement indiqué que « le directeur définit le jour de la visite de préadmission et envoie le dossier informatisé à l'ensemble de l'équipe ») Les étapes de préadmission sont indiquées dans la procédure : le 1^{er} contact, la visite de préadmission, la préparation de l'entrée, l'entrée puis l'admission (le lendemain ou surlendemain au plus tard) indiquant les personnes impliquées, les actions à réaliser et les outils à utiliser/actualiser.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Au moment du 1^{er} contact, avant la visite de préadmission, le directeur valide ou non le dossier du résident. La procédure ne précise pas sur quels critères le dossier est accepté ou refusé, ni comment l'établissement communique ce refus au demandeur. Une procédure de communication de refus d'admission n'est pas encore élaborée.
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>L'admission dans l'EHPAD</u>	La procédure d'admission, élaborée par le précédent médecin coordonnateur, la directrice de soins, l'IDEC et la psychologue, a été validée par le directeur. Elle date du 15 novembre 2024, et n'est pas signée par ses rédacteurs. Cette procédure comporte trois parties qui se succèdent dans le temps : 1) En amont de l'admission ; 2) L'admission ; 3) Après l'admission. 1) La partie en amont de l'admission comporte notamment la visite de préadmission. Y sont présents : - Le médecin coordinateur qui l'anime ; - Le directeur ; - La psychologue ; - L'infirmière coordinatrice (en son absence l'infirmière référente prend la relève) ; - Une gouvernante. La fiche « visite de préadmission » est remplie par le médecin coordonnateur. 2) La partie admission fait intervenir plusieurs professionnels, dont le médecin coordonnateur et l'IDEC. Le médecin coordonnateur doit réaliser l'anamnèse et l'examen clinique du résident nouvellement admis et les consigner dans son dossier médical informatisé le jour même de son admission ou au plus tard quelques jours après son admission dans l'EHPAD. L'IDEC doit récupérer les dossiers administratif et médical ainsi que l'ordonnance en cours de validité du résident nouvellement admis. Elle doit créer un projet de soins individualisé et un plan de soins. Concernant le protocole de projet de soins (Réf. : Protocole de Projet de soins, version 1 du mois d'octobre 2024, élaboré par le médecin coordonnateur et validé par le directeur de l'établissement), qui a été communiqué par la direction de la structure, ne consigne pas les éléments suivants : - Le contexte dans lequel s'effectue sa rédaction (e.g. processus d'admission et de prise en charge dans le mois suivant cette admission) et ses principales étapes de recueil d'information nécessaire à sa rédaction ; - Les volets constituant le projet de soins ; - Les soignants amenés à élaborer le projet de soins (e.g. IDE et AS référents du résident) ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Le moment du recueil et la fonction des soignants intervenant dans ce recueil d'éléments constituant chaque volet du projet de soins ; - Les soignants impliqués dans la vérification et respectivement dans la validation du projet de soins) ; les critères de réévaluation du projet de soins. 4) La partie après l'admission fait intervenir les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui prennent en charge le nouveau résident. Il convient de noter que le moment d'évaluation des différentes dimensions du bilan gériatrique dans les suites de l'admission du résident dans l'EHPAD n'est pas consigné dans cette procédure. Remarque 25 : La procédure d'admission, ne fait pas référence au dossier unique d'admission, ne présente pas les critères de refus, ne précise ni dans quel délai ni qui réalise l'évaluation des différentes dimensions du bilan gériatrique à l'admission du résident. Les dimensions évaluées lors du bilan gériatrique réalisé à l'admission des résidents ont été décrites dans la partie missions du médecin coordonnateur, à savoir au point de contrôle IGAS numéro 1.2 / 1.2.18. La traçabilité de ce bilan se réalise le plus souvent dans la partie évaluation du logiciel métier [REDACTED] parfois dans la partie observations médicales. Il ressort des entretiens menés que la population accueillie qui était présente le jour de l'inspection dans l'EHPAD comportait 152 résidents. Elle se décompose comme suit : - 137 résidents en accueil permanent. - 15 résidents en accueil temporaire. Les entretiens réalisés précisent en outre que les caractéristiques de la population accompagnée sont : - De point de vue épidémiologique : un âge moyen de 84 ans. La plupart des résidents accompagnés proviennent du département des Hauts-de-Seine, ou du 16^e arrondissement de Paris. - De point de vue clinique, les principales pathologies diagnostiquées à l'admission des résidents sont : les troubles cognitifs modérés à sévères (80%) et les troubles du comportement. Les autres pathologies présentées par les résidents accompagnés sont : l'insuffisance cardiaque, le BPCO, les AVC et d'autres pathologies neurologiques (e.g. Parkinson). - De point de vue juridique, environ 50% des résidents relèvent d'une protection juridique. <u>Analyse du bilan gériatrique à l'admission à partir de vingt dossiers médicaux</u>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																
		Le choix des vingt résidents analysés s'est fait en sélectionnant pour chaque lettre de l'alphabet le premier résident ayant un nom commençant avec celle-ci. La recherche des évaluations gériatriques, réalisées dans le mois suivant l'admission des résidents, s'est effectuée dans la partie médicale du dossier informatisé NETSoin, au niveau de l'onglet synthèse d'une part, et de l'onglet évaluations d'autre part. Les différents questionnaires adressés à la mission d'inspection ont pour certains été conçus par le médecin (fiche EGS) pour d'autres (MMSE, MNA) sont des questionnaires standardisés. Il ressort de l'analyse menée que les caractéristiques de cet échantillon sont : - L'âge moyen égal à 90 ans ; - L'âge médian égal à 90,5 ans ([REDACTED]) ; - La présence de quatorze femmes ; - La présence d'antécédents personnels de : - o Trouble cognitif quatorze résidents ; - o Trouble psychiatrique quatre résidents ; - o Dénutrition quatre résidents ; - o Chutes à répétition dix résidents ; - o Accident vasculaire cérébral trois résidents ; - o Cancer huit résidents. - La durée moyenne de leur suivi est de vingt-neuf mois. Le tableau C présente le nombre d'évaluations gériatriques réalisées selon la dimension évaluée. Tableau C. Répartition des évaluations gériatriques réalisées à l'admission des résidents selon les dimensions de ce bilan <table><tr><th>Dimension du bilan gérontologique</th><th>Nombre de résidents évalués</th></tr><tr><td>Dépendance</td><td>20</td></tr><tr><td>Cognition</td><td>3</td></tr><tr><td>Humeur</td><td>2</td></tr><tr><td>Comportement</td><td>1</td></tr><tr><td>Mobilité</td><td>18</td></tr><tr><td>Nutrition</td><td>0</td></tr><tr><td>Douleur</td><td>2</td></tr></table>	Dimension du bilan gérontologique	Nombre de résidents évalués	Dépendance	20	Cognition	3	Humeur	2	Comportement	1	Mobilité	18	Nutrition	0	Douleur	2
Dimension du bilan gérontologique	Nombre de résidents évalués																	
Dépendance	20																	
Cognition	3																	
Humeur	2																	
Comportement	1																	
Mobilité	18																	
Nutrition	0																	
Douleur	2																	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		<table><tr><td>Etat cutané</td><td>2</td></tr></table> La traçabilité du bilan gériatrique à l'admission est systématique pour deux de ses huit dimensions, à savoir l'évaluation de la dépendance (i.e. grille AGGIR) et de la mobilité (i.e. échelle de Tinetti, test moteur minimum). Bien que quatorze résidents présentent dans leurs antécédents personnels des troubles cognitifs, l'exploration de la dimension cognitive de leur bilan gériatrique est réalisée dans trois cas en utilisant l'échelle MMSE et dans un cas au moyen du test de l'horloge. Écart 24 : La traçabilité de l'exploration clinique des dimensions cognitives, humores, comportementales, nutritionnelles, algiques, ainsi que de l'évaluation de l'état cutané des résidents récemment admis au sein de l'EHPAD n'est pas systématique, contexte qui nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF²¹.	Etat cutané	2
Etat cutané	2			
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>L'admission et l'évaluation du maintien en UVP</u>	Il ressort des entretiens menés que la capacité installée actuellement à l'unité de vie protégée (UVP) est de 30 places. Cette unité, située au 3^e étage de l'EHPAD, se déploie sur deux ailes. Son plateau technique comporte une salle Snoezelen et une salle de balnéothérapie. Un projet spécifique à l'UVP 2023 - 2025 a été élaboré par la psychologue. Il date du 10 janvier 2023. Ce projet n'est ni signé par son auteur ni validé par le médecin coordonnateur. Le projet, outre la description du contexte de prise en charge des résidents, comporte quatre parties : - Les missions et les objectifs de l'unité ; - Les critères d'admission et de sortie ; - Les modalités d'admission ; - Les principaux axes de travail portent sur : - o L'aménagement du lieu, de l'unité, des différents espaces ; - o L'identification des ressources, mais aussi l'évaluation des comportements troublés et réactionnels de même que de l'humeur ; - o La proposition des activités porteuses de sens, valorisant le sentiment d'utilité et se focalisant sur les capacités préservées de nos résidents ; - o La formation des équipes ;		

²¹ [Article L311-3 \(3°\) 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 :

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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		○ Le travail autour de la temporalité et de l'espace au quotidien ; ○ Le travail et l'accompagnement autour de la déambulation ; ○ Le travail sur l'arrivée d'un nouveau résident ou d'un nouveau soignant ou ASH ; ○ La place de la famille au sein de l'unité ; ○ Le travail autour du projet de vie adapté dès l'entrée du résident ; ○ Le travail autour du lien entre les résidents. La partie critères d'admission et de sortie du projet de l'UVP, ne précise ni la fréquence ni les modalités de réévaluation des résidents y séjournant. Remarque 26 : Le projet spécifique à l'UVP 2023 -2025 ne précise ni le contexte dans lequel une réévaluation des capacités cognitives et comportementales de ses résidents est nécessaire, ni les modalités de leur réévaluation. Selon les entretiens menés, le processus d'admission à l'UVP est identique à celui d'admission dans l'EHPAD (Cf. point de contrôle IGAS numéro 3.1 / 3.1.2.). Les critères d'admission sont : la présence chez un résident des troubles du comportement et/ou le risque de fugue. Les critères de sortie de l'UVP se limitent à la perte d'autonomie qui survient chez les résidents accompagnés au sein de l'UVP. Par ailleurs, une procédure intitulée « Critères de passage à l'UVP », élaborée par l'ancien médecin coordonnateur, est actuellement à sa deuxième version. Datée du mois d'octobre 2024, elle précise les critères d'admission et de sortie de l'UVP. Cette procédure n'est pas signée ni par les professionnels participant à sa rédaction, ni par ceux assurant sa validation. Les critères d'admission évoqués dans cette procédure sont : - Avoir un syndrome démentiel caractérisé et affirmé de type maladie d'Alzheimer ou apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux altérant la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ; - Avoir des troubles du comportement évalués par le NPI-ES, voire complétés de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield ; - Avoir besoin d'une stimulation adaptée pour tous les actes de la vie quotidienne ; - Bénéficier d'un projet de soin personnalisé adapté à celui de l'unité ; - Bénéficier d'un projet de vie individualisé adapté à celui de l'unité ; - Avoir donné son consentement à ces projets soi-même soit à travers ses proches ; - Grille AGGIR comprise en 2 et 4 ; - Maladie reconnue en ALD 30 « Maladie d'Alzheimer et apparentées ». Sont exclus du processus d'admission : - Les malades psychiatriques ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Les handicapés mentaux vieillissants non atteints d'une démence de type Alzheimer ; - Les résidents ayant un syndrome dépressif isolé ; - Les résidents présentant une confusion mentale aiguë ou chronique due à une maladie non dégénérative. Les critères d'exclusion des résidents de l'UVP marqués dans cette procédure sont : - Diminution ou disparition des troubles du comportement pendant au moins 3 évaluations ou dans le temps ; - Grabatisation ; - Décision de l'équipe pluridisciplinaire ; - Accord des proches ; - GIR 1 ou 2 sans critères productifs au NPI-ES ; - Pathologies intercurrentes chroniques invalidantes modifiant le projet de vie individualisé (PVI) et rendant le projet de soin inadapté. Le projet spécifique à l'UVP 2023 – 2025 et la procédure intitulée « Critères de passage à l'UVP » ont de critères d'admission et de sortie qui se recoupent partiellement. La définition des critères identiques dans les deux documents, peut faciliter la prise de décision soignante lors ces deux étapes de prise en charge du résident à l'UVP. Remarque 27 : Les deux documents qui définissent les critères d'admission et de sortie de l'UVP, à savoir le projet spécifique à l'UVP 2023 – 2025 et la procédure intitulée « Critères de passage à l'UVP », ont de critères d'admission et de sortie qui se recoupent partiellement. Par ailleurs, il ressort des entretiens menés que la réévaluation des résidents admis en UVP est assurée par l'équipe pluridisciplinaire au moyen de la grille NPI-ES. La grille constatée correspond aux items de l'échelle NPI-ES. La réévaluation est réalisée : - Mensuellement à partir des éléments comportementaux recueillis par les soignants en charge de chaque résident pris en charge à l'UVP, et - annuellement après une évaluation au moyen de l'échelle NPI-ES. Le planning des ateliers thérapeutiques de l'UVP 2024 – 2025 consigne les activités qui s'y déroulent sur les volets animation/rééducation/accompagnement, à savoir : - L'accompagnement soignant lors des repas thérapeutiques avec la participation de la psychomotricienne et de la psychologue ; - L'atelier « comme à la maison » animé par la psychomotricienne ; - Le groupe de parole et de discussion avec les résidents de l'UVP (avec supports etc.): vie dans l'unité, repas, envie. Les entretiens menés complètent les activités décrites dans le planning des ateliers thérapeutiques, par des activités relatives à : - L'accompagnement des résidents dans le jardin par leurs proches ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- L'accès à la salle Snoezelen dans l'UVP ; - L'accès à la salle de balnéothérapie dans l'UVP ; - L'accès à la salle de kinésithérapie.
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u>	<u>Analyse des PAI (partie administrative)</u> Une procédure d'élaboration et de suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA) datant de juin 2023 a été transmise. Elle précise les intervenants, la périodicité de réalisation et d'actualisation des projets de vie (J+3 mois et révision annuelle à minima selon l'évolution de l'état de santé) et les outils (fiche PIA, planning mensuel). La psychologue se charge de la coordination des projets individuels d'accompagnement au sein de l'établissement. Une équipe pluridisciplinaire (IDE, AS, Medco, IDEC, psychologue, psychomotricien, kinésithérapie, animateur, équipe hôtelière) participe au recueil des besoins qui sont formalisés sur le logiciel [REDACTED] Lors des entretiens, il a été indiqué à la mission un rythme de révision d'environ de 2 à 3 PIA par semaine via des réunions de synthèse organisées les mardi et jeudi. Les professionnels suivants participent aux réunions de synthèse : psychologue, AS, IDE, IDEC, animateur, psychologue, psychomotricien. Ce constat a été confirmé par le planning PIA de janvier 2025 transmis par l'établissement. Cependant, ce rythme de 2 à 3 PIA par semaine ne permet pas une réalisation ainsi qu'une révision annuelle des projets personnalisés pour l'ensemble des résidents. La procédure mentionne la participation du résident à la réunion de synthèse à l'élaboration de son projet de vie ainsi qu'à la restitution. Sa participation réelle aux différentes étapes de son élaboration et de sa restitution n'a pas pu être observée par la mission. Le président du CVS ayant précisé à la mission qu'il n'avait pas été sollicité pour participer à son projet personnalisé. Sur les documents transmis par l'établissement à la mission le jour de l'inspection et indiquant par étage, les résidents ayant un projet de vie individualisé (PIA) réalisés et la date de leur réalisation, la mission a comptabilisé 20 PIA réalisés en 2024 sur un total de 151 personnes hébergées en séjour permanent et en séjour temporaire, soit 13%. La mission a constaté que la liste transmise ne correspondait pas au nombre de résidents présents par étage le jour de l'inspection. D'après le tableau xls de suivi et de mise à jour des PIA, transmis par l'établissement et datant de février 2025, 56,8% des PIA sont réalisés. Il n'a pas été relevé par la mission, l'existence d'un avenant au contrat de séjour précisant, dans le délai maximum de 6 mois suivant l'admission contenant les objectifs et les prestations adaptées à la personne ainsi que son actualisation annuelle. L'établissement a transmis à la mission des PIA de résidents. Ceux-ci comportent des actions détaillées et personnalisées sur des objectifs de confort-autonomie- suivi médical-sécurité -soutien psychologique-vie sociale, mais la mission n'a pas pu observer comment les différents intervenants mentionnés en avaient connaissance et participaient à leur réalisation et si l'atteinte de ces objectifs est évaluée. Il n'a pas été constaté par la mission de suivi effectif de cette procédure : - pas de réalisation et d'actualisation de PIA à la fréquence requise, - pas de preuve de la participation du résident à son PIA,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																		
		- pas de preuve de formation du personnel à cette procédure, - pas de preuve de l'affichage du planning mensuel du PIA dans les postes de soins, - pas de preuve de l'existence d'un référent « PIA » par résident. Écart 25 : : la mission n'a pas constaté la preuve de la participation du résident ou du représentant légal au PAI et/ou la signature systématique du PIA par le résident ou son représentant légal, conformément à l'article L311-3 du CASF (7°) et l'article D312-155-0 du CASF. Remarque 28 : : la mission n'a pas constaté la preuve de la désignation d'un référent du projet personnalisé par résident, dont la mission est d'assurer le relais entre les équipes et les proches afin d'apporter une fluidité de parcours tout au long de son séjour. Écart 26 : La fréquence d'actualisation des projets individuels d'accompagnement est parfois trop éloignée dans le temps (parfois largement supérieure à 12 mois), ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF (3°). Les avenants au contrat de séjour, actualisant les objectifs de prise en charge en lien avec les projets individuels d'accompagnement, ne sont pas systématisés conformément à l'article D311 du CASF. <u>Analyse statistique des projets individuels d'accompagnement (PIA) sur cinquante dossiers médicaux</u> Cinquante-quatre dossiers médicaux sélectionnés par ordre alphabétique ont été analysés à la recherche d'un PIA élaboré sur la période janvier 2020 – janvier 2025. Cette recherche a été menée dans la partie projet personnel et sa sous partie projet du [REDACTED]. Quatre résidents ont été exclus de l'analyse, car ils faisaient l'objet d'un hébergement temporaire. Parmi les cinquante dossiers analysés vingt-et-un comportaient un PIA (42%). Seuls huit projets (16%) ont été au jour de l'inspection sur site en cours de validité. Le tableau D présente la distribution des effectifs de résidents ayant un PIA rédigé selon leur date d'élaboration Tableau D. Effectifs de résidents ayant un PIA selon leur date d'élaboration <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année élaboration PIA</th><th>Effectifs de résidents ayant un PIA</th><th>% données manquantes</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td><td>1</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2021</td><td>3</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2022</td><td>4</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2023</td><td>9</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2024</td><td>4</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>	Année élaboration PIA	Effectifs de résidents ayant un PIA	% données manquantes	2020	1	-	2021	3	-	2022	4	-	2023	9	-	2024	4	-
Année élaboration PIA	Effectifs de résidents ayant un PIA	% données manquantes																		
2020	1	-																		
2021	3	-																		
2022	4	-																		
2023	9	-																		
2024	4	-																		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		Données manquantes	29	58,0
		Total	50	/
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.5. <u>L'analyse des pratiques, les échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents</u>	Des temps d'échange entre les soignants sont formalisés les lundi, mercredi, vendredi à 15h, coordonnés par la cadre de santé, la directrice des soins en présence des AS et de la psychologue. Il a été rapporté à la mission que ces temps servent également d'espace d'expression des soignants sur leurs pratiques professionnelles. La mission a relevé au travers des documents transmis, l'existence de formations en 2023 : à la méthode Montessori (d'une durée de 3 jours pour 16 personnes environ regroupant des profils AS, ASH, IDE, responsable hôtelier, animatrice, responsable maintenance, assistante de direction) et aux bonnes pratiques pour l'accompagnement à la fin de vie regroupant environ 30 professionnels. Une procédure bientraitance, datant de février 2024, rappelle les principes de la charte, l'intégration des bonnes pratiques dans le projet d'établissement, la nomination d'un référent bientraitance, la réflexion sur la mise en place d'un comité éthique, la sensibilisation régulière des professionnels via le plan de formation 2024-2025, l'attention portée aux conditions de travail des professionnels (réunions d'équipes, réunions du personnel et de manière informelle), la place des résidents et des familles via des réunions de CVS et des espaces d'écoute et de paroles formels et informels. La charte éthique de l'ordre de Malte datant de septembre 2018 a été transmise. Un plan de formation 2025 a été transmis par l'établissement, sur lequel sont positionnées des formations dispensées par des intervenants extérieurs sur les thèmes de la bientraitance (pour 40 salariés,) Montessori (pour 53 salariés), l'accompagnement de fin de vie. Des formations internes dispensées par des cadres sont prévues en 2025 sur les thèmes de la bientraitance, l'incontinence, les troubles du comportement, les contentions, la nutrition, l'hygiène dentaire. Une charte de bientraitance de [REDACTED] non datée, contenant 10 principes, a été transmise à la mission. Il a été rapporté à la mission l'existence d'une analyse des pratiques pour les professionnels (aides-soignants, ide, ASH) par un professionnel extérieur, tous les 3-4 mois, cependant aucune preuve n'a été transmise. La mission n'a pas constaté l'existence de formations internes dispensées par les professionnels de l'établissement (ex : psychologue, médecin, IDEC...) sur des thématiques de bonnes pratiques en 2024.		
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.6. <u>Les médecins traitants</u>	Il ressort des entretiens menés que sept médecins traitants exercent leur art au sein de l'EHPAD. Deux des sept médecins traitants sont « dédiés à l'EHPAD », car ils y exercent à temps plein. Les cinq autres sont contactés par téléphone lorsque leurs patients présentent un problème de santé. L'analyse du document relatif à la prise en charge des résidents par un médecin traitant, communiqué par la direction de l'EHPAD à la mission d'inspection, conduit aux résultats suivants : - Onze médecins traitants assurent leur prise en charge dont le médecin coordonnateur ; - Deux médecins traitants prennent en charge soixante-quatorze et trente-neuf résidents respectivement ; - Les autres huit prennent en charge au total trente résidents ;		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires														
		- Le médecin coordonnateur est médecin traitant pour dix résidents. Au total, à l'issue de l'analyse il ressort que chaque résident de l'EHPAD a un médecin traitant.														
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.7. <u>La complétude des dossiers médicaux</u>	L'analyse de la complétude des dossiers médicaux a été menée sur vingt dossiers médicaux. Le choix de ces dossiers, ainsi que les caractéristiques de cet échantillon d'étude, ont été présentés au point de contrôle IGAS numéro 3.1 / 3.1.2. Lors de l'analyse de la complétude des vingt dossiers médicaux, il a été recherché : - La présence dans les observations médicales réalisées à l'admission des résidents des éléments suivants : - o Les antécédents personnels ; - o L'histoire de la maladie ; - o Les allergies ; - o L'examen clinique ; - o Le traitement médicamenteux à l'admission ; - o La conclusion ; - La consignation des observations médicales de suivi ; - L'existence d'une synthèse médicale annuelle. <u>Observations médicales à l'admission</u> Le tableau D illustre les résultats d'analyse des différents éléments constituant l'observation médicale à l'admission. Tableau D. Résultats d'analyse des éléments constituant l'observation médicale à l'admission <table><tr><th>Élément d'observation médicale</th><th></th></tr><tr><td>Antécédents personnels</td><td>■</td></tr><tr><td>Histoire de la maladie</td><td>■</td></tr><tr><td>Allergies</td><td>■</td></tr><tr><td>Examen clinique</td><td>■</td></tr><tr><td>Traitement médicamenteux</td><td>■</td></tr><tr><td>Conclusion</td><td>■</td></tr></table> En somme, douze dossiers sur vingt analyses comportent tous les éléments à recueillir lors de la réalisation d'une observation médicale à l'admission hormis le traitement à l'admission.	Élément d'observation médicale		Antécédents personnels	■	Histoire de la maladie	■	Allergies	■	Examen clinique	■	Traitement médicamenteux	■	Conclusion	■
Élément d'observation médicale																
Antécédents personnels	■															
Histoire de la maladie	■															
Allergies	■															
Examen clinique	■															
Traitement médicamenteux	■															
Conclusion	■															

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 27 : L'observation médicale réalisée à l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD est incomplète, contexte qui nuit à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF ²². <u>Observations de suivi</u> La fréquence des observations de suivi est mensuelle. Lorsqu'un événement de santé survient chez un résident, les observations de suivi sont plus rapprochées. <u>Synthèse médicale annuelle</u> La recherche d'une synthèse médicale annuelle a été réalisée sur treize dossiers médicaux, car sept résidents ont été admis depuis moins d'un an au sein de l'EHPAD. Aucun des treize dossiers médicaux ne contenait cette synthèse. Remarque 29 : La synthèse médicale annuelle n'est pas consignée dans les dossiers médicaux analysés.
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.8. <u>Les transmissions inter-équipes</u>	Un protocole a été transmis à la mission, il est non signé et ne comporte pas de date de validation. Il est mis en œuvre (protocole décrit lors des entretiens menés auprès des professionnels). Ce protocole de transmission (V1 2023/2024) à la mission prévoit : <u>Pour les soignants :</u> - Des transmissions écrites doivent être élaborées sur [REDACTED], par chaque équipe de jour et équipe nuit, équipe médicale et équipe D'encadrement soins - Des transmissions orales quotidiennes doivent être réalisées entre IDE/AS, 11h15 à 11h45 - Des transmissions hebdomadaires pluridisciplinaire (Med Co, Directrice des soins, IDEC, Psychologue, IDE, AS, psychomotricienne, kinésithérapeute) trois fois par semaine (le lundi-mercredi-vendredi) de 15h00 à 16h30 - Des transmissions orales AS (équipe de jour et équipe de nuit,) - AS de jour 20h30/ AS de nuit 20h00 (chevauchement équipe jour nuit sur les trois étages) - AS de jour 7h30/ AS de nuit 7h45 (chevauchement équipe jour nuit sur les trois étages) Pour les autres salariés non soignants :

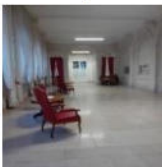
²² Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Des transmissions orales quotidiennes ASH /gouvernante, équipe et contre – équipe 9h30-10h00. Les entretiens ont pu relever que, lors des transmissions, les échanges sont menés par l'IDE concernant les soins, et la gouvernante s'agissant des non soignants. Les éléments saillants, les difficultés, les évènements indésirables du jour sont portés à la connaissance du directeur ou le jour même en cas d'urgence, ou lors de la réunion dite STAFF du matin organisé par la direction (Directeur, service RH, medco ou IDEC) qui a lieu le matin à compter de 9 h00.

3.2. Respect des droits des personnes

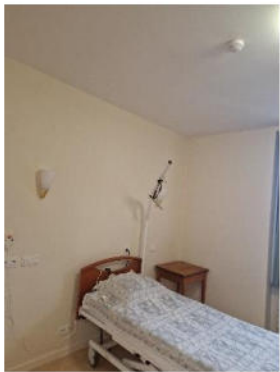
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.1. <u>La place des familles</u>	La place des familles est précisée dans le fonctionnement de l'établissement (livret d'accueil page 15, règlement de fonctionnement page 4). Celles-ci sont régulièrement invitées et sollicitées à participer à la vie de l'établissement tout au long du séjour du résident : dès l'about de l'admission, au cours du séjour par le biais d'invitations à des rendez-vous festifs, commissions, journées à thème) ou au conseil de la vie sociale. Les horaires des visites des proches sont libres (page 6 du règlement de fonctionnement, page 18 dans le livret d'accueil). Les familles et les aidants sont également soutenus par la psychologue de l'établissement qui organise un café des aidants tous les 2 mois, réunissant une quinzaine de personnes (enfants, conjoints, tuteurs...). Une charte bénévolat « [REDACTED] » a été formalisée. Un grand salon situé dans le hall d'entrée permet aux résidents de rencontrer leurs proches. Cependant, la mission n'a pas constaté la présence d'espaces privatifs accessibles et dédiés aux familles. De plus, la signalétique de l'établissement n'a pas permis à la mission d'identifier les espaces mis à disposition des familles.  (Photographie du hall d'entrée, 16 janvier 2025) Remarque 30 : La mission n'a pas constaté la présence d'espaces privatifs accessibles et dédiés aux familles. De plus, la signalétique de l'établissement n'a pas permis à la mission d'identifier les espaces mis à disposition des familles.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.2. <u>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies</u>	La charte respecte le principe de non-discrimination en garantissant l'égalité d'accès aux services sans distinction d'origine, handicap, sexe, religion ou orientation sexuelle, conformément à la Loi 2002-2. Elle prévoit une prise en charge individualisée, conforme à l'article L. 311-3 du CASF. Le maintien des liens familiaux est soutenu, conformément à la Loi 2002-2. La confidentialité des informations et la sécurité des usagers sont garanties, en conformité avec les articles L. 312-1 du CASF et L. 1111-8 du Code de la santé publique. Les droits civiques, la dignité, l'intimité des usagers, ainsi que la liberté religieuse sont également mentionnés.
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.3. <u>Les personnes qualifiées départementales</u>	Une plaquette d'information, un modèle de courrier de sollicitation de l'ARS idf expliquant comment recourir à une personne qualifiée, une procédure d'information rédigée par l'établissement, non datée, ont été transmis par l'établissement en février 2025. Seul l'affichage de l'arrêté en vigueur listant les personnes qualifiées départementales a été observé par la mission à l'entrée de l'établissement et à disposition des résidents, familles, le jour de l'inspection.
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.4. <u>La personne de confiance des résidents</u>	Une note explicative relative à désignation de la personne de confiance est remise systématiquement au résident/sa famille lors de la visite de préadmission ainsi que le formulaire de désignation vierge correspondant. La mission ne dispose pas d'élément concernant la désignation d'un interlocuteur formé et d'un dispositif d'accompagnement à la désignation de la personne de confiance.
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.5. <u>Les directives anticipées</u>	Lors de l'étude des dossiers administratifs des résidents, les membres de la mission n'ont pas eu connaissance de l'existence de directives anticipées. Cependant, le règlement de fonctionnement mentionne bien la rédaction des directives anticipées dans le dossier administratif des résidents ainsi que le respect de celles-ci par le personnel de l'établissement.
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.6. <u>Les contentions</u>	La vérification de la présence d'une analyse des contentions dans le RAMA n'a pas pu être réalisé. En effet, les RAMA 2023 et 2024 n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection par la direction de l'établissement. Il ressort des entretiens menés que la prescription de contention est : - Exclusivement médicale. En effet, toutes les prescriptions de contentions sont effectuées par le médecin coordonnateur ; - Précédée par une analyse soignante pluridisciplinaire de la balance bénéfice/risque. La synthèse de cette analyse est tracée dans le dossier médical informatisé du résident ; - Motivée dans le dossier médical du résident, et sa durée ainsi que sa surveillance y sont consignées. En effet, la durée de cette prescription est d'un mois. En outre, la surveillance des contentions prescrites porte sur : l'examen de l'état cutané du résident sous contention, son état d'hydratation, sa fonction respiratoire et son élimination ; - Réévaluée une fois par mois lors de l'RCP à thème qui porte sur les contentions ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Accompagnée d'une demande de consentement auprès du résident ou du représentant légal le cas échéant. Le consentement est recueilli par le médecin coordonnateur par voie orale. Une fois le consentement obtenu, le médecin coordonnateur consigne dans la partie observation médicale du dossier informatisé cet accord. Il convient de préciser qu'actuellement le médecin coordonnateur met en place un recueil écrit du consentement du résident ou du représentant légal le cas échéant. Une procédure relative à la mise en place d'une contention (Réf. : Contention, version 1 du 4 décembre 2020), dans laquelle ne sont consignés ni le nom du professionnel l'ayant élaboré, ni celui du professionnel l'ayant vérifié ainsi que celui du professionnel l'ayant validé, présente les principales étapes de sa mise en place. Ne sont pas précisés : - Les critères pour la réalisation de la réévaluation ; - Les modalités de recueil et de traçabilité du consentement du résident ou de ses représentants légaux le cas échéant. Remarque 31 : La procédure relative à la mise en place de la contention ne traite pas des critères pour la réalisation de la réévaluation <u>Analyse des prescriptions des contentions à partir de [REDACTED] médicaux</u> Les modalités de sélection des dossiers médicaux et les caractéristiques de cet échantillon ont été présentées au point de contrôle IGAS numéro 1.1 / 1.1.6. [REDACTED] résidents [REDACTED] avaient une prescription médicale de contention dans les suites immédiates de l'inspection sur site. Le type de contention prescrit était : - Grenouillère pour onze résidents (8,0°%) ; - Ceinture pelvienne pour onze résidents (8,0°%) ; - Barrières de lit pour vingt-deux résidents (16,1°%). Le motif de mise en place d'une contention était renseigné pour toutes les prescriptions (i.e. trente-cinq prescriptions pour chutes à répétition, huit pour troubles du comportement). Les conclusions issues de l'analyse de la balance bénéfice/risque n'étaient tracées dans le dossier médical pour aucun résident. Il convient cependant de noter qu'une traçabilité de la décision de mise en place ou de prolongation de la prescription de contention était présente dans [REDACTED] Une prescription de contention en urgence a été réalisée pour quarante-trois résidents. Par ailleurs, un résident a donné son accord pour sa mise en place. La demande de consentement écrit du représentant légal ou du résident était en cours de réalisation au jour de l'inspection sur site. La durée de ces prescriptions est en moyenne égale à 42 jours. En effet, pour [REDACTED] la durée de prescription de leur contention ne dépasse pas trente jours.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Un planning hebdomadaire d'animation est élaboré par l'animatrice en lien avec les résidents et affiché dans différents lieux de l'établissements (notamment à l'accueil, dans les ascenseurs). Les activités sont réalisées par l'animatrice avec la présence/participation de professionnels de l'établissement et/ou d'intervenants extérieurs selon les thématiques. Elles se déroulent dans différents lieux (ex : au 3^{ème} étage à l'unité protégée le matin de 10h30 à 11h, au rdc pour des conférences, dans les salles à manger des personnes autonomes-droite au 1^{er} et 2^{ème} étage, grand hall, extérieur ...). La semaine du 12 au 20 janvier 2025, 2 à 3 temps d'animation durant les journées étaient proposés tous les jours, sauf le vendredi réservé au culte, avec des activités variées : revue de presse, conférence, jeux de sociétés, bien-être, concert, gym douce... Un planning spécifique des ateliers thérapeutiques années 2024 et 2025, du lundi au vendredi, pour l'unité de vie protégée située au 3^{ème} étage a été transmis en février. Cependant, la mission n'a pas constaté l'affichage de ce planning à l'étage concerné le jour de l'inspection. Un chapitre relatif au projet social et d'animation était présent dans le projet d'établissement 2015-2019. Écart 28 : Le projet d'animation n'est pas formalisé n'est pas intégré au projet d'établissement ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.

3.4. Vie quotidienne. Hébergement :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.1. <u>Les chambres</u>	Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, d'un chevet, d'une armoire pour les effets personnels, d'un second meuble de rangement ainsi que d'une table de nuit, d'une table et d'une chaise. Un sanitaire adapté PMR est équipé d'un miroir, d'un espace de rangement, d'un lavabo, d'une douche et de toilettes. Les chambres peuvent être personnalisées selon les souhaits des résidents qui peuvent remplacer l'équipement proposé par l'établissement par du mobilier personnel.  

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Le résident a la possibilité d'accueillir sa famille et des fauteuils confort peuvent être mis à disposition par l'établissement. Des salons privés au rez-de-chaussée, 1^{er} et 3^{ème} étage sont également à disposition des familles. Cependant, le jour de la visite la mission a constaté que plusieurs de ces salons étaient inaccessibles (porte fermée à clé). La présence d'un réseau de communication avec accès internet dans les chambres n'a pu être observée par la mission. Lors de la visite, la mission a fait le constat que le mobilier et les équipements mis à disposition dans les chambres vacantes étaient disparates et hétéroclites. La mission n'a pas constaté l'existence d'une politique hôtelière particulière portant sur l'équipement ou la décoration des chambres de l'établissement. De plus, après analyse des dossiers administratifs des résidents, il n'a pas été observé la réalisation systématique de l'état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie de chaque résident.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>	Lors des entretiens menés, les membres de la mission ont été informés qu'aucune enquête de satisfaction n'avait encore été réalisée concernant la qualité de l'hébergement, de l'entretien des locaux, ainsi que des soins et de l'accompagnement dans la vie courante. Cependant, la mission a pris connaissance de la réalisation d'enquêtes de satisfaction portant sur la restauration, pour lesquelles l'établissement a bien transmis les résultats. Une restitution globale de l'enquête réalisée en date de septembre 2024, [REDACTED] sur la prestation de restauration, a été transmise. Les résultats indiquent qu'au global, sur un total de 88 réponses, l'évaluation de la qualité des repas est jugée très satisfaisante/satisfaisante pour 55,17% des personnes, moyennement et rarement satisfaisante pour 39,08%, et insatisfaisante pour 5,75%. Cette enquête donne également des précisions sur la présentation, la température, la variété, la quantité, le goût, la propreté. Une enquête de satisfaction datant de février 2025 a été transmise à la mission avec une note sur 5 par thématique : accueil, qualité de l'hébergement, restauration, entretien du linge personnel, qualité des soins, personnel, animations, qualité de vie. Cependant le document n'est pas exploitable, car il ne permet pas de comprendre la méthodologie (panel interrogé, nombre de répondants...). Écart 29 : : L'enquête de satisfaction transmise n'est pas exploitable concernant la qualité de l'hébergement, de l'entretien des locaux, ainsi que des soins et de l'accompagnement dans la vie courante, ce qui contrevient aux exigences prévues par l'article D311-15 (III) du Code de l'action sociale et des familles (CASF)²³
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.3. <u>L'alimentation et l'hydratation</u>	La restauration est sous-traitée au prestataire [REDACTED]. Le plan alimentaire est réalisé en lien avec une diététicienne de la société. Les menus hebdomadaires sont affichés à différents endroits de l'établissement.

²³ III.-Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé. Les résultats de ces enquêtes sont affichés dans l'espace d'accueil de ces établissements et sont examinés tous les ans par le conseil.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Lors des entretiens, il a été rapporté à la mission que 3 commissions de menus étaient organisées dans l'année avec la participation de représentants de l'établissement, des résidents et de ■ Les comptes-rendus de la commission de restauration du 12 septembre et du 13 décembre 2024 ont été transmis. Y ont participé 4 à 6 salariés (dont le médecin coordinateur et le directeur), 4 résidents (dont le président du CVS), 3 représentants de ■ (dont la diététicienne). Remarque 35 : La mission n'a pas constaté la désignation d'un professionnel de l'établissement, en charge de la vérification du respect du cahier des charges du prestataire, notamment le grammage et les apports nutritionnels.
	3.4.4. <u>La détection des troubles de la déglutition</u>	<u>La détection des troubles de la déglutition</u> Il ressort des entretiens menés qu'une formation récente au dépistage des troubles de la déglutition et à la prise en charge des fausses routes n'a pas été dispensée aux professionnels de l'EHPAD. Par ailleurs, le plan prévisionnel de formation des professionnels 2025 ne prévoit pas la dispensation d'une telle formation au sein de l'EHPAD. Les soignants interviewés notent cependant que le médecin coordonnateur dispense des mini formations relatives à ces deux sujets. En ce qui concerne l'évaluation du risque de fausse route à l'admission du résident, une analyse sur vingt dossiers médicaux a été menée. L'analyse porte sur la période 2020 – 2025. Cinq admissions de résidents parmi les ■ ont été exclues de l'analyse. Pour les quinze admissions restantes, il a été constaté que la recherche d'un trouble de la déglutition : - A été effectuée au sein de l'EHPAD pour deux résidents ; - N'était pas nécessaire pour quatre résidents, car ceux-ci ont été admis au sein de l'EHPAD par transfert d'une autre structure de soin ; - N'était pas nécessaire pour un résident qui avait déjà un diagnostic pour ce type de trouble ; - N'a pas été effectuée chez sept résidents. Un résident, parmi les quinze inclus dans cette recherche, n'avait aucune observation médicale à l'admission consignée dans son dossier.
	3.4.5. <u>Les régimes, les textures</u>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 30 : La traçabilité de la recherche d'un trouble de la déglutition lors de l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD n'est pas systématique, ce qui nuit à sa sécurité et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF²⁴ <u>Les régimes, les textures</u> Lors du temps d'observation des repas, la mission a constaté la présence de différentes textures modifiées (haché, mixé, manger-mains). Le menu du jour servi correspondait au menu affiché. Un plan de table avec des codes couleur pour les textures est également affiché sur le mur dans les salles à manger d'étage. La mission n'a pas vu la présence de la texture manger main pour un résident, alors que celle-ci était indiquée sur l'affichage. La mission a goûté les différentes textures proposées le jour de l'inspection : La présentation, la quantité, le goût étaient satisfaisants pour les textures normale et hachée, le goût manquait de saveur pour la texture mixée. Il ressort des entretiens menés que les régimes et les textures alimentaires sont médicalement prescrits à l'admission du résident dans l'EHPAD. Leur prescription est consignée dans les dossiers médicaux des résidents dans la partie transmissions. Parallèlement à ces prescriptions un courriel est envoyé à la gouvernante qui suit les régimes/textures alimentaires des résidents. C'est la gouvernante qui informe la cuisine des régimes/textures prescrits. En cas de changement à la suite d'un besoin médical, l'information est réactualisée par le médecin coordonnateur dans le dossier médical du résident et un courriel est envoyé à la gouvernante. La gouvernante dispose en outre d'un document recensant le suivi des régimes/textures alimentaires. L'analyse statistique des cent trente-sept dossiers médicaux visait d'une part à dénombrer les résidents qui n'ont pas une prescription de régime ou de texture alimentaires, et d'autre part d'étudier les pratiques de prescription médicale dans le groupe des résidents dénutris. 1) Effectifs et proportions de résidents sans prescription de régime ou de texture alimentaires La traçabilité des prescriptions de régime et de texture alimentaires a été recherchée : dans la partie médicale du dossier de soins NET Soins (i.e. onglet synthèse) et dans la partie alimentation (i.e. onglet recueil, régimes et textures) du même dossier. ■■■■■ résidents (■■■■■) n'ont pas un régime alimentaire prescrit, tandis que ■■■■ résidents (7,3%) n'ont pas une texture alimentaire prescrite dans leurs dossiers médicaux.

²⁴ [Article L311-3 \(1°\) 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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 31 : La prescription médicale des régimes et des textures alimentaires n'est pas systématiquement consignée dans les dossiers médicaux des résidents, contexte qui nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF²⁵. 2) Analyse des pratiques de prescription des régimes alimentaires chez les résidents dénutris Cette analyse a été menée en trois étapes : - Tout d'abord une recherche des effectifs de résidents dénutris a été réalisée ; - Ensuite une répartition des résidents dénutris selon le type de régime prescrit a été opérée ; - Enfin une analyse de l'évolution des courbes de poids sur douze derniers mois des résidents dénutris a été effectuée. Parmi les cent trente-sept résidents accompagnés en hébergement permanent, [REDACTED] résidents sont dénutris ([REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]) ont eu des antécédents de dénutrition avant leur admission dans l'EHPAD. Il ressort de l'analyse que parmi les trente-cinq résidents dénutris : - Treize résidents consomment un régime normal ou diabétique ; - Deux résidents consomment un régime diabétique hyperprotéiné voire hypercalorique ; - Un résident n'a pas de régime alimentaire prescrit ; - Dix-huit résidents consomment un régime alimentaire hyperprotéiné ; - Un résident consomme un régime alimentaire hyperprotéiné et hypercalorique. Il convient d'ajouter que tous les résidents dénutris ont une texture alimentaire prescrite. L'analyse de l'évolution des valeurs du poids mesurées pendant les douze derniers mois a été réalisée (février 2024 – janvier 2025). Lorsque la perte ou la prise de poids dans cet intervalle de temps variait de plus de 5%, la courbe de poids a été considérée comme descendante ou ascendante respectivement. Lorsque la variation du poids était inférieure à 5%, la courbe du poids a été considérée comme stationnaire. Le tableau F illustre d'une part la prescription du régime alimentaire chez les résidents dénutris et d'autre part l'évolution de leur courbe de poids. Tableau F. Evolution des courbes de poids des résidents dénutris selon leur degré de dénutrition et leur type de régime alimentaire Dénutrition modérée ($20 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$) soit 13 résidents

²⁵ Article L311-3 (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 :

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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires					
		Régime	Normal	9	Courbe poids	Stationnaire	9
			Hyperprotéiné	3		Descendante	3
			Absent	1		Ascendante	1
		Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m²) soit 22 résidents					
		Régime	Normal	3	Courbe poids	Stationnaire	11
			Diabétique	1		Descendante	9
			Hyperprotéiné	16		Ascendante	2
			Hyperprotéiné hypercalorique	2			
		L'évolution des courbes de poids, quel que soit le degré de sévérité de la dénutrition du résident, est notamment stationnaire ou descendante. Pour les résidents modérément dénutris, les régimes alimentaires prescrits sont notamment normaux. Pour les résidents sévèrement dénutris, les régimes alimentaires prescrits sont hyperprotéinés. La prescription de CNO chez les treize résidents modérément dénutris est réalisée chez trois d'entre eux. La prescription de CNO chez les vingt-deux résidents sévèrement dénutris est réalisée chez treize d'entre eux.					
		Écart 32 : La prescription des régimes alimentaires normaux pour les résidents ayant une dénutrition modérée et hyperprotéidiques pour les résidents ayant une dénutrition sévère ne conduit pas actuellement à une reprise de poids en vue de sa normalisation. En effet, les courbes de poids sont soit stationnaires soit descendantes. Ce contexte nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des résidents dénutris et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF ²⁶ .					
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.6. <u>L'organisation des repas et de l'hydratation des résidents</u> <i>(Critère d'équilibre nutritionnel)</i> <u>Recommandations du GEM-RCN-2015 (jeûne nocturne, horaires repas (page 21))</u>	Les horaires des repas pratiqués sont en cohérence avec les fiches de tâches des ASH (organisation ASH 1 ^{er} -2 ^{eme} -UVP) et avec le règlement de fonctionnement de l'établissement. Le petit-déjeuner est servi entre 8h et 9h30. Deux services sont réalisés au déjeuner et au diner, dans des salles à manger dédiées : pour les personnes dépendantes entre 12h et 13h15 et pour les personnes plus autonomes entre 12h30-13h30. Le diner est servi respectivement à 18h et 18h30 jusqu'à 19h15 et 19h30. Il est écrit dans le RF que le diner peut être servi à 18h00 et le petit-déjeuner est servi à partir de 8h du matin. Ce qui signifie que la période de jeûne dépasse les 12h pour certains résidents.					

²⁶ Article L311-3 (1°) (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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 33 : Le jeûne est supérieur à 12 heures, ce qui représente un risque pour les résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. Un protocole de collation nocturne rédigé par le médecin coordonnateur, datant d'octobre 2024, a été transmis par l'établissement. Il a été indiqué à la mission qu'une collation est préparée par la cuisine et mise à disposition de l'équipe de nuit qui distribue selon une liste de résidents repérés. Il a été transmis à la mission qu'un verre et une carafe d'eau sont mis à disposition des résidents au moment de la distribution du petit déjeuner par les ASH et selon leur niveau d'autonomie. Des fontaines à eau sont situées dans les salles à manger d'étage ainsi que dans l'espace cafétéria.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.7. <u>Les mets de substitution</u>	Des mets de substitution sont possibles. Un menu de substitution a été communiqué à la mission en février 2024. Au jour de l'inspection, la mission n'a pas observé la pratique des mets de substitution lors du repas à au moins un étage. L'ensemble des résidents du 1^{er} étage avaient les mets du menu du jour. Aucun n'avait des mets de substitution servis.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.8. <u>L'aide aux repas</u>	Lors de l'observation du temps de repas, la mission a constaté un nombre important de soignants présents (ex : 5 [REDACTED] résidents dans la salle à manger du 1^{er} étage répartis sur plusieurs tables) pour l'accompagnement, la stimulation des résidents, l'aide aux personnes dépendantes. L'ambiance agréable et calme du repas, ainsi que l'attention apportée en fonction des besoins de chacun, ont été constatées et jugées satisfaisantes. Les résidents étaient régulièrement servis en eau par l'ASH pendant le repas. Un soignant de l'étage était affecté à la surveillance des repas servis en chambre.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.9. <u>Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition et de la déshydratation</u>	<u>Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition</u> Il ressort des entretiens menés que <i>le suivi des résidents dénutris</i> s'organise autour de plusieurs axes de prise en charge, à savoir : - Les pesées mensuelles et l'allure de la courbe de poids ; - Le dosage trimestriel de l'albumine et de la pré albumine ; - La présence des maladies nécessitant une augmentation des apports alimentaires : - o La présence d'une maladie aiguë / inflammatoire / cancer ; - o La présence d'une dépression ; - o La présence d'un trouble d'appareillage (i.e. prothèse dentaire). Le médecin coordonnateur dispose d'une liste de résidents dénutris qui est mise à jour mensuellement. Les résidents dénutris bénéficient systématiquement d'un enrichissement du régime alimentaire (compléments nutritionnels oraux) et d'une correction des carences vitaminiques. Les entretiens menés permettent de préciser que la <i>prévention de la dénutrition</i> s'appuie sur : - A l'admission la prescription d'une pesée mensuelle, du dosage trimestriel de l'albumine, de la recherche systématique des complications aiguës ou chroniques qui entraînent une augmentation des besoins énergétiques ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- La réunion de coordination pluridisciplinaire (RCP) à thème dont le sujet est la dénutrition des résidents ; - L'étude des dossiers des résidents qui ont une perte de poids de plus de 5°% dans un mois et la réalisation de leur examen clinique ; - Les outils relatifs au suivi nutritionnel des résidents qui sont disponibles dans le logiciel de soins (i.e. liste de résidents dénutris, courbes de poids des résidents). Plusieurs protocoles ou procédures relatives à la prévention et au suivi nutritionnel des résidents ont été communiqués à la mission d'inspection par la direction de l'établissement. 1) La procédure relative à la modalité de diagnostic de dénutrition (Réf. : Diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée, version 2 du mois d'octobre 2024, élaborée par l'ancien médecin coordonnateur, revue par l'actuel médecin coordonnateur et validée par le directeur de l'EHPAD), reprend les derniers critères de la HAS permettant de poser le diagnostic de dénutrition dans cette classe d'âge. Toutefois, cette procédure ne précise ni la fréquence avec laquelle les critères de suivi nutritionnel sont évalués, ni qui est chargé des évaluations pondérales, biologiques et diagnostiques des résidents de l'EHPAD. Remarque 36 : La procédure de diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée ne précise ni la fréquence avec laquelle les critères phénotypiques sont évalués, ni les professionnels en charge de ces évaluations. 2) Le protocole de lutte contre la dénutrition (Réf. : Protocole de lutte contre la dénutrition version 5 du 30 octobre 2024, établi par les deux médecins coordonnateurs et la cadre de santé, vérifié par le groupe APM et approuvé par le directeur de l'établissement) complète la procédure précédente en spécifiant la mensuration mensuelle du poids. Toutefois, bien que cette procédure spécifie l'intérêt des dosages biologiques dans la démarche d'évaluation d'une dénutrition du sujet âgé, ceux-ci ne sont pas incus parmi les mesures de prévention de la dénutrition des résidents. Remarque 37 : Le protocole de lutte contre la dénutrition ne précise ni l'intérêt des dosages biologiques dans la démarche d'évaluation de la dénutrition de la personne âgée ni la fréquence de leur dosage dans le cadre de ce suivi nutritionnel. 3) La procédure relative à la pesée mensuelle (Réf. : Procédure pesée mensuelle, version 2 du mois de mai 2024, élaborée par l'ancien médecin coordonnateur, revue par l'actuel médecin coordonnateur et validée par le directeur de l'établissement), complète la procédure relative au diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée. Elle présente d'une part l'obligation de la mesure mensuelle du poids, et d'autre part la démarche de sa mise en place (i.e. qui, quoi, quand, et comment). Cette procédure n'appelle aucune remarque. 4) La fiche d'alerte nutrition ne présente ni la version, ni les professionnels l'ayant élaboré ou validé, ni le contexte de son utilisation. Cette fiche comporte une partie relative à l'alerte d'une dénutrition de même que celle du suivi de la prise alimentaire. Le lien entre les deux parties n'y est pas consigné. Par ailleurs, les professionnels intervenants qui doivent la renseigner ne sont pas identifiés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 38 : La fiche d'alerte nutrition ne comporte ni les informations relatives à sa rédaction, ni le contexte dans lequel elle doit être utilisée (e.g. tout type de dénutrition au moment de sa survenue). Par ailleurs, les professionnels impliqués dans les différents typés d'évaluations ne sont pas identifiés. <u>Analyse statistique du statut nutritionnel de cent trente-sept résidents</u> La population accueillie est constituée par cent cinquante-trois résidents dont seize sont admis temporairement au sein de l'EHPAD (i.e. hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation). Pour ces seize résidents, les mesures relatives à leur statut nutritionnel n'ont pas été actualisées à l'admission dans l'EHPAD, compte tenu de leur prise en charge à l'issue d'une hospitalisation. Par ailleurs, leur suivi au sein de l'EHPAD est court compte tenu que l'EHPAD les accueille en hébergement temporaire. Ces résidents ont été ainsi exclus de l'analyse. Au total, cent trente-sept résidents font l'objet de l'analyse de leur statut nutritionnel. La description statistique visait deux objectifs : 1) De présenter la répartition des résidents selon leur statut nutritionnel (i.e. dénutri, normopondéral, en surpoids, obèse) ; 2) D'évaluer le respect des recommandations des bonnes pratiques de la HAS notamment en ce qui concerne la mesure mensuelle du poids des résidents quel que soit leur statut nutritionnel. 1) Répartition des résidents selon leur statut pondéral Il convient de préciser tout d'abord que la définition du statut pondéral des résidents s'appuie seulement sur le critère phénotypique, à savoir la valeur de l'IMC. Ainsi pour les résidents : - Dénutris la valeur de l'IMC est inférieure à 22 kg/m² ; - Normo pondéraux la valeur de l'IMC est comprise dans l'intervalle 22 – 24,9 kg/m² ; - En surpoids la valeur de l'IMC est comprise dans l'intervalle 25 – 29,9 kg/m² ; - Obèses la valeur de l'IMC est supérieure ou égale à 30 kg/m². Les effectifs et la proportion des résidents se distribuent selon leur statut pondéral comme suit : - Trente-cinq résidents (25,5%) ont une dénutrition dont vingt-deux une dénutrition sévère (16,1%) ; - Vingt-et-un résidents sont normo pondéraux (15,3%) ; - Vingt résidents sont en surpoids (14,6%) ; - Huit résidents sont obèses (5,8%). Pour cinquante-trois résidents leur IMC n'est pas calculé (38,7%), bien que la mesure de leur poids soit réalisée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 34 : Le calcul de l'indice de masse corporelle n'est pas réalisé pour chaque résident accompagné, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF²⁷. 2) Analyse des courbes de poids des résidents accompagnés Une analyse du suivi pondéral mensuel des résidents, quel que soit leur statut pondéral, a été réalisée par le biais de l'analyse de leurs courbes de poids. Ainsi, les courbes de poids de quarante-cinq résidents (32,8%) comportent des mesures mensuelles, conformément aux recommandations de la HAS actuellement en vigueur. Pour les résidents qui n'ont pas une mesure mensuelle de leur poids, en moyenne 2 mesures par résident ne sont pas réalisées selon les recommandations de la HAS. Chez les trente-cinq résidents dénutris, neuf d'entre eux (25,7%) ont une mesure mensuelle du poids. Pour les [REDACTED] dénutris la valeur moyenne des mesures de poids qui ne sont pas réalisés pour chaque résident est égale à 3. Remarque 39 : L'évaluation mensuelle du poids, quel que soit le statut pondéral du résident, n'est pas effective, ce qui ne respecte pas les recommandations de la HAS actuellement en vigueur²⁸. <u>La prise en charge de la déshydratation</u> Un protocole d'hydratation et deux fiches de surveillance individuelles d'hydratation du résident ont été communiqués à la mission d'inspection par la direction de l'établissement. Le protocole d'hydratation appelle une seule remarque, celle de ne pas administrer la nuit des perfusions puisqu'un suivi infirmier n'est pas assuré au sein de l'EHPAD. Remarque 40 : L'administration nocturne de perfusions de réhydratation n'est pas indiquée compte tenu de l'absence d'une surveillance infirmière la nuit.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.10. <u>Les besoins en protections de recueil d'excréta</u>	Les stocks de protection sont rangés sur des palettes par taille dans un espace adapté situé au sous-sol.

²⁷ Article L311-3 (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 :

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 ; »

²⁸ HAS (2021, p11) : « Quel que soit le statut nutritionnel, Il est recommandé d'en surveiller l'évolution :

- en ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation ;
- à l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie ;
- en EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.4.11. <u>Le circuit du linge</u>	Le marquage et l'entretien du linge des résidents sont réalisé par l'établissement par une équipe de 2 lingères, présentes du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 (entretiens). L'entretien du linge des résidents, ainsi que les serviettes de toilette est centralisé au sous-sol dans l'espace lingerie. Cet espace comprend plusieurs locaux séparés : local linge sale, local comprenant un lavabo, puis un local linge propre avec les machines à sécher et à repasser. Une procédure de circuit du linge ainsi qu'un document précisant la fréquence de passage du linge ont été transmis par l'établissement en février 2025. La mission n'a pas constaté l'affichage de ces documents lors de la visite, ni la connaissance de leur existence par les personnels présents. Le recueil des attentes ainsi que la mesure de la satisfaction du linge des résidents, par le biais d'une enquête n'ont pas été constatés par la mission. De plus, il a été rapporté à celle-ci que les étiquettes se détachaient facilement et qu'il y avait de nombreuses pertes de linge ce qui n'est pas conforme aux résultats de l'enquête de satisfaction communiquée (résultat de satisfaction 4/5). Remarque 41 : La procédure du circuit du linge et la fréquence de passage n'étaient pas affichées dans la lingerie. Le personnel n'avait pas connaissance de l'existence de ces documents. Lors de la visite sur site, les membres de la mission ont pris connaissance du règlement de fonctionnement affiché à l'entrée de l'établissement qui faisait mention du marquage du linge qui était à réaliser par le résident.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 35 : Il est indiqué dans le règlement de fonctionnement que le marquage du linge est à réaliser par le résident, ce qui contrevient au décret 2022-734 du 28 avril 2022 dispose que à partir du 1^{er} janvier 2023, les EHPAD doivent fournir une prestation de marquage du linge. L'établissement contrevient à l'article annexe 2-3-1 de l'article L 312-1 du CASF.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																													
3.8 Soins	3.5.1. <u>Équipe pluridisciplinaire mobilisée pour la prise en charge des résidents</u>	Selon les entretiens menés de même que l'analyse des plannings communiqués par la direction de l'EHPAD, la composition de l'équipe pluridisciplinaire est présentée dans le tableau F. Tableau F. Composition de l'équipe pluridisciplinaire <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type professionnel soins</th><th></th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecin coordonnateur</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Médecins généralistes</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Médecins spécialistes</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Dermatologue</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Gériatre</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Gouvernante</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Directrice des soins</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>IDEC</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>IDE</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>AS</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Psychologue</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Kinésithérapeute</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Ergothérapeute</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr> <td>Orthophoniste</td><td>■</td><td>■</td></tr> </tbody> </table>	Type professionnel soins			Médecin coordonnateur	■	■	Médecins généralistes	■	■	Médecins spécialistes			Dermatologue	■	■	Gériatre	■	■	Gouvernante	■	■	Directrice des soins	■	■	IDEC	■	■	IDE	■	■	AS	■	■	Psychologue	■	■	Kinésithérapeute	■	■	Ergothérapeute	■	■	Orthophoniste	■	■
Type professionnel soins																																															
Médecin coordonnateur	■	■																																													
Médecins généralistes	■	■																																													
Médecins spécialistes																																															
Dermatologue	■	■																																													
Gériatre	■	■																																													
Gouvernante	■	■																																													
Directrice des soins	■	■																																													
IDEC	■	■																																													
IDE	■	■																																													
AS	■	■																																													
Psychologue	■	■																																													
Kinésithérapeute	■	■																																													
Ergothérapeute	■	■																																													
Orthophoniste	■	■																																													

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		Psychomotricien	■	■
		Diététicien	■	■
		Orthoptiste	■	■
		AMP	■	■
		Animateur	■	■
		Note : * Selon les besoins de résidents. # Quatre à temps plein et deux à temps partiel.		
3.8 Soins	3.5.2. <u>L'organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	<u>Organisation de travail infirmière</u> Selon les entretiens menés et les plannings consultés, les IDE travaillent en 12 heures de 8h00 à 20h00. Elles ont trois temps de pause dans la journée ; - 30 minutes le matin ; - 1 heure à midi ; - 30 minutes le soir. Leur temps quotidien effectif de travail est de 10 heures. Leur répartition par étage se fait comme suit : - Une au rez-de-chaussée et au troisième étage. Elle prend en charge douze plus trente-deux résidents. Il convient de préciser que les résidents du rez-de-chaussée sont la plupart autonomes ; - Une au premier étage qui prend en charge cinquante-huit résidents ; - Une au deuxième étage qui prend en charge cinquante-huit résidents. Six infirmières sont fixes et deux sont volantes. Parmi les huit IDE deux sont en CDI. <u>Organisation de travail aide-soignante (AS)</u> <i>AS de jour</i> Les ■ AS de jour travaillent en 12 heures. Leur répartition par étage de prise en soins est : - Six au premier étage : ○ Deux sur l'aile droite ; ○ Deux sur l'aile gauche ;		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		○ Deux sur la cour carrée ; - Six au deuxième étage : ○ Deux sur l'aile droite ; ○ Deux sur l'aile gauche ; ○ Deux sur la cour carrée ; - Quatre au troisième étage (UVP) : ○ Deux sur l'aile droite ; ○ Deux sur l'aile gauche ; - Une au rez-de-chaussée sur l'unique aile droite. Les équipes arrivent le matin en décalé : - De 7h30 à 19h30 ; - De 8h00 à 20h00 ; - De 8h30 à 20h30. Chaque AS observe trois pauses dans la journée : - Le matin 30 minutes ; - Le midi 1 heure ; - Le soir 30 minutes. Leur temps de travail journalier est de 10 heures. Les AS de jour prennent en charge en moyenne huit résidents. Parmi les trente-quatre AS exerçant au sein de l'EHPAD, vingt ont signé un CDI. <i>AS de nuit</i> Les quatre AS de nuit sont présentes dans l'EHPAD 12 heures. Leur répartition par étage de prise en soins est : - Une AS exclusivement dédiée au troisième étage en UVP ; - Une AS au premier aile droite et au deuxième étage et la soupenne de la cour carrée ; - Une AS au premier étage aile gauche et la cour carrée ; - Une AS au premier aile droite, au deuxième étage aile droite et au rez-de-chaussée. Quatre équipes arrivent le soir en décalé : - De 20h00 à 7h00 ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- De 20h15 à 7h15 ; - De 20h30 à 7h30 ; - De 20h45 à 7h45. Elles observent trois pauses, deux de 30 minutes chacune et une d'une heure. La durée de leur travail effectif est de 9h00. Les AS de nuit prennent en charge chacune environ 20 à 24 résidents.
a	3.5.3. <u>La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien</u>	Il ressort des entretiens menés que le médecin coordonnateur coordonne les médecins traitants soit de vive voix lorsqu'ils sont présents dans l'EHPAD, soit par des échanges téléphoniques. Le médecin coordonnateur coordonne l'équipe soignante par plusieurs biais, dont : - Le matin à son arrivée dans l'EHPAD, elle prend connaissance des événements médicaux survenus pendant la nuit précédente, au moyen des transmissions écrites dans le logiciel [REDACTED]. Après la lecture des transmissions soignantes, le médecin coordonnateur appelle les soignants étage par étage. Il échange avec eux notamment par rapport aux événements survenus la nuit précédente, et ceux qui sont apparus tôt le matin. - En journée le médecin coordonnateur est joignable par téléphone pour toute urgence ou situation nécessitant une intervention médicale chez un résident ayant un médecin traitant indisponible. Par ailleurs, en fin de matinée vers 11h00, elle participe aux transmissions orales et écrites qui ont lieu entre les soignants. - Les lundis, les mercredis et les vendredis à 15h00 par sa présence aux réunions de coordination pluridisciplinaire. Ces réunions sont soit à thème (e.g. contention, chutes, suivi nutritionnel) soit générales. Il ressort des entretiens menés que l'IDEC coordonne les équipes soignantes (sachant que la mission ne dispose pas des fiches de poste) - En fin de matinée à 11h00 par sa présence aux transmissions orales et écrites des soignants. Ces transmissions sont animées par l'IDEC ou les IDE, et durent environ 15 minutes. - En journée par téléphone ou en présentiel selon les problématiques qui se posent ; - Les lundis, les mercredis, et les vendredis lors des réunions de coordination pluridisciplinaire. Ces réunions durent une heure, et permettent d'aborder d'une part certaines problématiques relatives aux résidents accompagnés, et d'autre part d'échanger sur des thèmes particuliers comme les contentions, les chutes itératives, la dénutrition, ou les troubles de la déglutition. Le pharmacien d'officine référent de l'EHPAD échange avec les équipes soignantes et notamment avec le médecin coordonnateur par courriel et par téléphone. Ces échanges, qui sont en rapport avec les prescriptions médicamenteuses, portent notamment sur des conseils thérapeutiques.
3.8 Soins	3.5.4. <u>La commission gériatrique</u>	Il ressort des entretiens menés et du RUP que le médecin coordonnateur est arrivé récemment au sein de l'EHPAD [REDACTED]. Celui-ci ne peut pas préciser si une commission de coordination gériatrique (CCG) a été organisée dans les mois précédant son arrivée. Par ailleurs, le médecin coordonnateur va organiser une CCG durant les premiers mois de l'année 2025. La mission a pu constater qu'un courriel a été envoyé aux médecins traitants des résidents de l'EHPAD, afin d'arrêter une date pour cette commission.

3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.6.1. <u>Le poste de soins</u>	L'EHPAD dispose de trois postes de soins, un par étage de prise en charge. Ces postes de soins ont une disposition et une organisation comparables entre elles. Le poste infirmier du premier étage a été contrôlé par la mission d'inspection. La porte du poste de soins était fermée au moment de la visite. Un accès par code, connu par les IDE et les AS, est effectif. Il convient de préciser que la mission d'inspection a constaté qu'au deuxième étage la porte du poste de soins était laissée ouverte. Des résidents risquent de s'emparer de médicaments et des personnes ne travaillant pas sur ce poste de soins peuvent avoir accès à des données confidentielles La localisation des postes de soins est centrale par rapport aux chambres desservies. En effet, le bâtiment comporte une cour carrée et deux ailes parallèles en prolongement de cette cour. Les postes de soins se situent à la réunion entre les espaces constituant la cour carrée et celles des deux ailes. La propreté des postes de soins est assurée bi-quotidiennement par les ASH. Le poste de soins contrôlé était propre le jour de l'inspection sur site. La fiche de traçabilité du nettoyage de chaque poste de soins n'était pas élaborée. Écart 36 : Le poste de soins du deuxième étage n'était pas sécurisé, ce qui représente un risque pour la sécurité des résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF²⁹.
3.8 Soins	3.6.2. <u>Les équipements du poste de soins</u>	Une <i>armoire à médicaments</i>, qui ferme à clé, était ouverte au moment de la visite du poste de soins. Les IDE et l'IDEC disposent d'une clé permettant son ouverture. Les piluliers y étaient organisés par aile et par n° de chambre. Chaque composante du pilulier comporte : - Le nom de l'établissement ; - L'étage et le n° de chambre ; - Le nom/prénom du résident ; - La photographie récente du résident ; - La date d'administration des médicaments et le moment de la journée ; - Les médicaments relatifs au traitement de fond ; - Les médicaments relatifs au traitement si besoin.

²⁹ 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 ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Un <i>chariot de distribution des médicaments</i> par étage de prise en soins était sécurisé par clé. Cette dernière est détenue par les IDE et l'IDEC. Les piluliers ne nécessitent pas un nettoyage régulier. L'identification du résident et l'organisation des piluliers dans le chariot se réalise au moyen du nom/prénom et n° de chambre de chaque résident. Les date de péremption des médicaments multi-usages étaient notées sur leur boîte. La date d'ouverture et le nom/prénom du résident étaient consignés sur les boîtes des médicaments multi doses. Le chariot de distribution des médicaments permet également de transporter et de disposer lors de cette distribution du classeur des ordonnances et de celui des procédures/protocoles de soins. Un <i>coffre à stupéfiants</i> par étage de prise en soins, situé dans l'armoire à médicaments, est fermé à clé. Cette dernière est détenue par les IDE et l'IDEC. Le registre à stupéfiants, dûment complété, était disposé dans le coffre. La traçabilité de la distribution des stupéfiants est organisée au moyen d'une feuille par résident ayant une prescription de stupéfiant. Ainsi chaque feuille comporte cinq parties, à savoir : - L'identité du résident ; - Les informations relatives à la prescription médicale (i.e. nom du prescripteur, date ordonnance, médicament prescrit) ; - La dispensation par la pharmacie (i.e. date, heure, quantité livrée par la pharmacie) ; - L'administration (i.e. quantité administrée et restante, nom/signature du soignant ayant réalisé l'administration) ; - Retour à la pharmacie (i.e. quantité rendue à la pharmacie, signature du pharmacien, observations). Le coffre contenait seulement des médicaments stupéfiants. Les IDE vérifient à chaque administration l'état du stock de stupéfiants. Le seul <i>sac d'urgence</i> de l'EHPAD est localisé dans le poste de soins [REDACTED] précisément dans l'armoire à médicaments. Ce sac d'urgence est utilisé par ailleurs pour les résidents en fin de vie. Au moins un IDE a indiqué ne pas avoir connaissance de son existence, ni de son emplacement. Le sac d'urgence n'était pas scellé le jour de l'inspection, car il a été utilisé la veille de l'inspection pour la prise en charge de deux résidents. La fiche de sa vérification mensuelle ou en cas de son ouverture n'était pas disponible dans le poste de soins. Cette fiche a été élaborée depuis moins d'un mois, et n'était pas renseignée le jour de l'inspection sur site. Les dispositifs utilisés pour l'aspiration étaient présents dans chaque poste de soins. Un obus d'oxygène et un extracteur étaient localisés dans un emplacement qui leur est dédié au niveau de chaque poste de soins. L'achat d'un chariot d'urgence est en cours de réalisation. Le médecin coordonnateur a prescrit l'ordonnance relative aux médicaments et dispositifs nécessaires à sa constitution. Cette ordonnance a été en outre envoyée à la pharmacie d'officine pour dispensation. Écart 37 : Le sac d'urgence n'était pas scellé le jour de l'inspection sur site, contexte qui nuit à la sécurité des résidents accompagnés (article L311-3 (1°) du CASF³⁰) et ne respecte pas les recommandations de l'OMEDIT Centre³¹ en la matière.

³⁰ Article L311-3 (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 ; »

³¹ OMEDIT Centre : Urgences médicales internes adultes Le chariot d'urgence : En aucun cas, on ne se sert dans le chariot d'urgence en dehors de l'urgence (mettre obligatoirement les scellés permettant de fermer le chariot après chaque vérification).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Le DAE est en cours d'acquisition. Écart 38 : L'EHPAD ne disposait pas au jour de l'inspection d'un DAE, ce qui contrevient aux dispositions du décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018³² relatif aux défibrillateurs automatisés externes. Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles ne comportait ni denrées alimentaires ni prélèvements sanguins. Il contenait : plusieurs types d'insuline, des médicaments à visée hématologique et ophtalmologique. Un thermomètre mesure la température de l'enceinte réfrigérée. Une fiche de traçabilité relative au relevé quotidien de la température ne comportait que deux valeurs à 0°C les 1 et 2 décembre 2024. Cette fiche de traçabilité permet par ailleurs d'y consigner le nettoyage hebdomadaire, et le dégivrage mensuel. Le dernier nettoyage du réfrigérateur date de 27 décembre 2024. Aucune date de dégivrage n'est consignée sur la fiche de traçabilité. La fiche relative au contrôle des dates de péremption n'est pas encore établie. Toutefois, il ressort des entretiens menés avec les soignants que la vérification des dates de péremption des médicaments thermosensibles est mensuelle. Le réfrigérateur destiné au stockage de médicament du deuxième étage ne se ferme pas correctement, en raison de l'absence d'un système de fermeture effectif (il n'y a pas l'effet ventouse ou aimant). Il se ferme actuellement de manière comparable à un placard. Écart 39 : La traçabilité du relevé de température du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles n'était pas quotidienne, contexte qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF³³. Écart 40 : Le réfrigérateur destiné au stockage de médicament du deuxième étage ne se ferme pas correctement, en raison de l'absence d'un système de fermeture effectif (il n'y a pas l'effet ventouse ou aimant), contexte qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF³⁴. Le stock des médicaments pour soins urgents n'est pas mis en place. Il ressort des entretiens menés que certains de ses médicaments feront partie du chariot d'urgence.

³² [Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018](#) relatif aux défibrillateurs automatisés externes : « Art. R. 123-57.-Sont soumis à l'obligation de détenir un défibrillateur automatisé externe, les établissements recevant du public qui relèvent :

« 1° Des catégories 1 à 4 mentionnées à l'article R. * 123-19 du code de la construction et de l'habitation ;

« 2° Et parmi ceux relevant de la catégorie 5 :

« a) Les structures d'accueil pour personnes âgées ; [...] »

³³ [Article L311-3 \(1°\) 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 ; »

³⁴ [Article L311-3 \(1°\) 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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les autres équipements présents dans l'EHPAD sont : - Deux chaises et une plateforme de pesée ; - Un dynamap par étage ; - Deux verticalisateurs et deux lèves malades par aile ; - Produits d'hygiène des mains (SHA) à chaque point d'eau.
3.8 Soins	3.6.3. <u>La sécurisation du poste de soins</u>	La sécurisation du poste de soins se fait par code connu par : les IDE, les AS, l'IDEC, les gouvernantes. Les <i>affichages du poste de soins</i> portent notamment sur : - La procédure d'urgence vitale et le n° d'appel en cas d'urgence ; - Une affiché de contact de la structure EPOCA qui constitue une solution de télémedecine humaine et connectée. Elle permet d'assurer un maintien sécurisé « à domicile » pour les patients complexes. Les soignants appellent [REDACTED] lorsqu'une urgence survient au sein de l'EHPAD et les médecins coordonnateurs ou les médecins traitants ne sont pas présents sur site ; - La planification des changes pour chaque résident ; - Les n° d'appel maltraitance (i.e. 3977, ALMA) n'étaient pas affichés.
3.8 Soins	3.6.4. <u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u>	Il ressort des entretiens menés que l'élaboration du plan de soins est réalisée à l'issue de la visite de préadmission. Le dossier de cette visite comporte plusieurs éléments permettant de dresser en amont de l'arrivée du nouveau résident son plan de soins. Le jour de son admission, lorsque le nouveau résident arrive au sein de l'EHPAD, ce plan de soins est ajusté par l'IDE et l'AS responsables de sa prise en charge en fonction de ses besoins particuliers. Les volets du plan de soins portent sur (liste non exhaustive) : - Marche ; - Aides ; - Toilette ; - Stimulation ; - Protections ; - Alimentation (e.g. texture, lieu repas) ; - Contentions.
3.8 Soins	3.6.5. <u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u>	Il ressort des entretiens menés qu'un protocole d'accueil des nouveaux soignants a été élaboré, mais il nécessite une mise à jour. Le livret d'accueil des soignants, dresse la présentation de l'histoire de l'EHPAD Ferrari, de son équipe soignante et administrative (i.e. organigramme mis à jour), et des actions menées par l'Ordre de Malte à la fois en France et à travers le monde. Ce livret d'accueil ne précise cependant : l'organisation des professionnels par secteur de prise en soins (e.g. UVP), les numéros de téléphone utiles (e.g. IDEC, gouvernantes, différents postes de soins), la restauration des professionnels, la présence d'un parking. L'accueil des nouveaux arrivants soignants lors de leur premier jour de présence au sein de l'EHPAD, leur permet de recevoir les outils qui sont mis à leur disposition :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- L'identifiant/mot de passe pour le logiciel de soins qui sont créés le jour même de son arrivée par l'IDEC ; - Des fiches de tâche heurées ; - Des protocoles/procédures disposées dans les classeurs localisés sur les chariots de distribution des médicaments. Les premiers jours de travail des nouveaux arrivants soignants sont doublés par un soignant ayant la même qualification qu'eux. Pour faciliter leur intégration au sein de la structure, les nouveaux soignants seront accompagnés par le soignant qui travaille sur la même aile que celle de la répartition de leur poste. Il convient cependant de noter que les soignants changent des étages une fois par mois. Après cette brève étape pendant laquelle le nouvel arrivant soignant est doublé par un pair, celui-ci commence à travailler seul et est supervisé par l'IDEC. Lors de leur période d'intégration les nouveaux soignants sont également aidés par leurs pairs. L'évaluation de leur intégration au sein de l'établissement est réalisée à environ une semaine distance de leur prise de poste. Pour le soutien des professionnels, l'équipe de direction et soignante organisent des réunions d'équipe, à la fréquence d'une réunion par 1,5 à 2 mois. Les participants à ces réunions sont : le directeur, la directrice de soins, l'IDEC, les soignants (i.e. IDE, AS). Les sujets évoqués portent sur les difficultés avec les résidents ou les professionnelles.
3.8 Soins	3.6.6. <u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u>	Les dossiers de liaison d'urgence (DLU) ont été présentés au point de contrôle IGAS numéro 2.3 / 2.2.5. Ils sont exclusivement sous format informatique. Lorsqu'une panne informatique survient au sein de l'EHPAD, il n'y a pas d'ordinateur de sauvegarde, et les DLU ne peuvent pas être imprimés. Les DLU comportent plusieurs volets dont : - Le courrier d'hospitalisation ; - Le dossier administratif ; - Le dossier médical ; - Les traitements en cours et à venir ; - Le plan de soins ; - Les dernières transmissions ; - Le projet personnalisé ; - L'alimentation. Ces volets peuvent être inclus ou exclus du dossier de liaison d'urgence selon leur importance et leur contenu.
3.8 Soins	3.6.7. <u>Le chariot d'urgence</u>	Un sac d'urgence est situé dans l'armoire à médicaments du poste de soins du 1^{er} étage qui est fermé à clé. L'accès à cette armoire est possible pour l'IDEC et les IDE. En cas de besoin du sac d'urgence pour une intervention notamment la nuit, les AS qui y sont présents n'ont pas l'accès à cette armoire. En effet, compte tenu de l'absence de soignant infirmier la nuit, les aides-soignants font directement appel au 15 en cas de situation d'urgence. Le chariot d'urgence a été décrit au point de contrôle IGAS numéro 3.8 / 3.6.2.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.6.8. <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u>	La présence du DAE au sein de l'EHPAD a été décrit au point de contrôle IGAS numéro 3.8 / 3.6.2.
3.8 Soins	3.6.9. <u>La prévention, le dépistage et le protocole de gestion de la douleur</u>	La procédure « évaluation douleur », élaborée en 2018 par le précédent médecin coordonnateur et validée par le directeur, est actuellement à sa 2^{ème} version. Cette procédure a été revue en novembre 2024 par le médecin coordonnateur qui exerce actuellement dans l'EHPAD. La procédure précise le moment d'évaluation de la douleur lorsque des traitements antalgiques de niveau 2 et 3 sont prescrits. Elle définit par ailleurs les contextes qui nécessitent des changements thérapeutiques antalgiques. Cependant cette procédure ne définit pas la douleur, ne décrit pas ses principaux types (e.g. aiguë, chronique ; nociceptive, neuropathique), ni les échelles d'évaluation adaptées selon le type de douleur. En outre, cette procédure ne présente pas les principales classes d'antalgiques ni la surveillance à réaliser selon la classe prescrite. Écart 41 : La procédure « évaluation douleur » est très succincte et ne comporte pas les éléments relatifs à sa prévention, à son dépistage ainsi qu'à la lutte contre la douleur, ce qui nuit à la qualité de la prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L1112-4 du CSP³⁵. Il ressort des entretiens menés que l'évaluation de la douleur est réalisée : - A l'admission du résident au sein de l'EHPAD ; - Lors de la survenue d'un problème de santé chez un résident ; - Lors des changements thérapeutiques. L'échelle la plus souvent utilisée, compte tenu de la population accompagnée, est Algoplus. Les résultats obtenus lors de ces évaluations sont notés dans les transmissions ciblées saisies dans le logiciel [REDACTED] Un protocole de prise en charge de la douleur est établi et disponible dans la GED et les classeurs situés sur les chariots de distribution des médicaments. L'utilisation des pompes à morphine n'est pas effective au sein de l'EHPAD. Lorsqu'une prise en charge antalgique complexe est nécessaire chez un résident, l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs Osmose est sollicitée.
A	3.6.10. <u>Les soins palliatifs</u>	Deux protocoles relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie, ainsi qu'une fiche de suivi des résidents en fin de vie ont été élaborés par le précédent médecin coordonnateur et validés par le directeur de la structure. Le protocole « Soins terminaux de confort » dont la date d'application remonte au mois d'octobre 2017, présente succinctement les différents aspects de la prise en charge d'un résident en fin de vie (e.g. oxygénothérapie, hydratation, morphine). Ce protocole n'appelle aucune remarque. Le protocole « Perfusion sous-cutanée en soins palliatifs » comporte plusieurs parties dont :

³⁵ Article L1112-4 du CSP : « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionné aux articles L. 6114-1, L. 6114-2 et L. 6114-3. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Les indications de cette perfusion ; - La modalité de mise en place ; - Les produits utilisables par voie sous-cutanée en soins palliatifs ; - Les repères éthiques. Il ressort des entretiens menés que l'administration des perfusions sous-cutanées est notamment nocturne. Elles sont mises en place à 19h00 et changées toutes les vingt heures. Il ressort des entretiens menés que pour les résidents pris en charge en soins palliatifs/fin de vie, l'élaboration de leur plan de soins s'appuie notamment sur le protocole thérapeutique déjà prescrit par les médecins qui l'ont traité précédemment. Lorsqu'en évolution leur prise en charge nécessite des ajustements thérapeutiques, le médecin coordonnateur fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs Osmose. Cette dernière, d'une part ajuste le traitement antalgique selon les besoins du résident et d'autre part réalise des prescriptions anticipées à l'attention des soignants. Les sédations profondes ne sont pas réalisées au sein de l'EHPAD.
3.8 Soins	3.6.11. <u>Les procédures et protocoles de soins</u>	Il ressort des entretiens menés que les protocoles et procédures de soins sont disponibles pour les soignants sous deux formats : - Papier sous forme de trois classeurs disposés chacun dans l'un des trois chariots de distribution des médicaments ; - Informatisé au [REDACTED] à laquelle tous les soignants ont un accès 24h/24. Une conduite à tenir en cas d'urgence vitale est affichée dans chaque poste de soins. Le numéro d'appel en cas d'urgence vitale y est également affiché. Les protocoles / procédures et les conduites à tenir relatifs aux pathologies chroniques (i.e. diabète, épilepsie, chute, AVC) sont établis et disponibles pour les soignants de l'EHPAD.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.7.1. <u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u>	<u>La traçabilité des soins</u> Selon les entretiens menés, la traçabilité de l'administration des médicaments se fait en temps réel, tandis que celle des soins corporels est effectuée en différé. Toutefois, lors de l'observation de l'administration des médicaments aux résidents avant le déjeuner, la mission d'inspection a constaté que la traçabilité de l'administration ou de non-administration du traitement médicamenteux s'effectue en différé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.7.2. <u>Les pansements</u>	Écart 42 : La traçabilité de l'administration des médicaments est parfois réalisée en différé, ce qui unit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF³⁶. <u>Les pansements</u> Il ressort des entretiens menés qu'au moment de la visite sur site, cinq résidents avaient des escarres ou des ulcères. Des protocoles pour les pansements complexes sont élaborées et disponibles [REDACTED] ainsi que dans les trois classeurs disposés sur les chariots de distribution des médicaments. La traçabilité de la prise en charge des pansements est assurée sous forme de transmissions ciblées saisies dans le logiciel métier de soins. Des photographies illustrant l'évolution de chaque lésion y sont intégrées. Le recours à la HAD est rare. Les principaux critères de recours sont : - Évolution défavorable d'une lésion alors que sa prise en charge respecte les protocoles des pansements complexes de l'EHPAD ; - Durée longue de prise en soins d'une lésion. Lorsque l'équipe de la HAD intervient auprès d'un résident accompagné, ses transmissions sont saisies dans le logiciel de soins par les IDE de l'EHPAD. Il n'existe pas un cahier des transmissions permettant de tracer les observations de la HAD lorsqu'elle intervient auprès d'un résident.
3.8 Soins	3.7.3. <u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u>	Les intervenants extérieurs, notamment les kinésithérapeutes marquent leurs observations dans le logiciel de soins.

3.8. Soins : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Soins	3.8.1. <u>Les procédures du circuit du médicament</u>	Plusieurs protocoles/procédures relatives au circuit du médicament sont élaborées et disponibles sous format électronique et papier.

³⁶ [Article L311-3 \(3°\) 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 :

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 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Ainsi, la « Procédure de sécurisation du circuit du médicament avec le logiciel de soins et PDA », qui n'est ni datée ni signée par les professionnels ayant participé à son élaboration, comporte les principales étapes du circuit du médicament, y inclus celles pour la gestion des stupéfiants au sein de l'établissement. Il convient de noter que pour l'étape relative à la prescription des médicaments, notamment pour le dispositif de double validation indépendante permettant aux IDE de saisir dans le logiciel de soins les prescriptions médicamenteuses papier des médecins prescripteur, cette organisation doit être utilisée seulement par défaut lorsque les médecins prescripteurs refusent à prescrire informatiquement les ordonnances médicamenteuses pour les résidents dont ils ont la charge. Remarque 42 : La retranscription des prescriptions médicamenteuses papier, établies par les médecins prescripteurs, dans le dossier médical informatisé se réalise selon la procédure de la double validation indépendante. Celle-ci consiste dans la retranscription par une première IDE de l'ordonnance et la validation successive par la deuxième IDE de cette retranscription. Cette organisation de l'étape de prescription du circuit du médicament doit être utilisée exclusivement par défaut lorsque l'un des médecins prescripteurs refuse d'établir une prescription médicamenteuse informatisée. Par ailleurs, la procédure « Circuit du médicament » (Réf. : version 1 du 21 juin 2021, professionnels l'ayant élaboré et validé non renseignés), présente le contexte (i.e. références réglementaires, principes fondamentaux) et les étapes de délégation d'administration des médicaments des IDE vers les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante. Cette procédure détaille étape par étape la modalité d'administration des médicaments réalisée par les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante. Bien que leur formation préalable à l'acte d'administration soit évoquée, l'étape de leur habilitation à cette administration n'est pas indiquée. Remarque 43 : La procédure de délégation d'administration des médicaments par les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante ne comporte pas une partie relative à l'étape d'habilitation de ces personnes qui succède à celle de leur formation. Il ressort des entretiens menés que plusieurs autoévaluations du circuit du médicament au moyen de l'outil [REDACTED] ont été réalisés au sein de l'EHPAD, à raison d'une autoévaluation par trimestre. Parmi les points à améliorer du circuit il a été noté : - La récupération des stupéfiants avec la remise en mains propres des stocks restants ; - L'étiquetage des médicaments nécessitant d'être broyés, nécessitant la mise en place par la pharmacie d'un logo sur les piluliers qui comportent des traitements à écraser ; - La fermeture à clé des armoires à médicaments lorsque les IDE ne sont pas présentes dans le poste de soins ; - L'administration des médicaments écrasables ou non écrasables ; - Les formes galéniques utilisés au sein de l'EHPAD. Un audit du circuit du médicament a été réalisée en 2023 ; Les résultats de cet audit ont été communiqués par la direction de la structure à la mission d'inspection. A son issue vingt indicateurs de suivi ont été identifiés, dont trois sont en cours de réalisation et deux n'ont pas été encore abordés. En synthèse, cet audit a mis en évidence d'une part une excellente : gestion de l'identité, de la prescription médicamenteuse, de la préparation des doses à administrer, de la distribution et de l'administration des médicaments, et d'autre part trois axes d'amélioration : la dispensation, le stockage des médicaments et la gestion de la dotation pour soins urgents. Un plan d'actions à

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		mettre en œuvre y est présenté. L'une des actions à mettre prioritairement en œuvre est celle relative à l'organisation, la sécurisation et la formalisation des modalités de stockage des médicaments. Remarque 44 : Les mesures correctives relatives à l'organisation, la sécurisation et la formalisation des modalités de stockage des médicaments, identifiée comme problématique lors de l'audit du circuit du médicament en 2023, ne sont pas encore complètement mises en œuvre.
3.8 Soins	3.8.2. <u>Les prescriptions médicales</u>	Il ressort des entretiens menés et la liste des médecins traitants par résidents que onze médecins traitants dont le médecin coordonnateur prodiguent leurs soins aux résidents de l'EHPAD. Deux d'entre eux sont dédiés à l'EHPAD, et viennent régulièrement examiner leurs patients. Ceux-ci se concertent systématiquement avec le médecin coordonnateur par rapport aux indications thérapeutiques médicamenteuses à mettre en place à leurs patients. Les huit autres médecins traitants consultent leurs patients seulement lorsque les soignants de l'EHPAD les sollicitent. Les entretiens menés précisent que les médecins traitants, lorsqu'une prescription médicamenteuse nécessite d'être faite, prescrivent cette médication à la fois sous format papier et sous format informatisé. La valeur du pourcentage d'ordonnances informatisées est d'autour 90%. Le médecin coordonnateur est amené à retranscrire les prescriptions des médecins spécialistes et exceptionnellement celles de certains médecins traitants. L'acte de retranscription est mentionné dans le dossier du résident, dans sa partie observations médicales. Un logiciel d'aide à la prescription facilite la rédaction des prescriptions médicamenteuses. <u>Analyse des prescriptions médicamenteuses à partir de vingt dossiers médicaux</u> L'analyse des prescriptions médicales médicamenteuses des vingt dossiers médicaux évoqués au point de contrôle IGAS 3.1 / 3.1.2, a permis de constater que : - La date de prescription ; - Le nom du prescripteur ; - La dénomination de la molécule thérapeutique prescrite ; - La posologie ; - La durée du traitement ; - La voie d'administration ; - La dénomination commune internationale ; figuraient toutes lorsqu'une prescription y est réalisée par les médecins de l'EHPAD. La prescription d'une benzodiazépine était effective pour sept résidents, et cinq résidents recevaient un traitement psychotrope. Concernant la durée de prescription des benzodiazépines elle dépassait la durée de prescription recommandée de 30 jours chez cinq résidents. Les durées de prescription des psychotropes étaient toutes inférieures à 180 jours.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 43 : La durée de prescription des benzodiazépines dépasse la durée maximale admise pour ce type de prescription qui est égale à 30 jours, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 7 octobre 1991³⁷. De point de vue antalgique : - Quatorze résidents avaient une prescription antalgique de niveau un ; - Deux résidents avaient une prescription antalgique de niveau trois ; - Quatre résidents n'avaient aucune prescription antalgique. Il convient de préciser que pour les résidents ayant un traitement antalgique de fond, une évaluation régulière de leur douleur est effective.
3.8 Soins	3.8.3. <u>La retranscription des prescriptions dans le dossier médical</u>	Il a été précisé lors des entretiens que le medco est amené à retranscrire les prescriptions des médecins spécialistes et exceptionnellement celles de certains médecins traitants. L'acte de retranscription est mentionné dans le dossier du résident, dans sa partie observations médicales. Il ressort des entretiens menés que les IDE ne sont pas amenées à saisir d'elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier du résident. Ainsi, aux heures ouvrées le médecin coordonnateur intervient en cas d'urgence et prescrit le traitement médicamenteux ainsi que les explorations complémentaires nécessaires. En dehors des heures ouvrées les IDE/AS font appel, selon le degré de l'urgence à prendre en charge le résident, soit aux SOS médecins, soit à l'■■■■■, soit au SAMU, qui disposent d'un médecin pouvant prescrire le traitement médicamenteux nécessaire dans le contexte en question.
3.8 Soins	3.8.4. <u>Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie</u>	La pharmacie d'officine qui assure la dispensation des médicaments pour l'EHPAD est située ■■■■■ Cf. convention avec une pharmacie d'officine). Comme évoqué précédemment, le pharmacien de cette officine référent de l'EHPAD dispose d'un accès au ■■■■■. Les ordonnances sont disponibles sous deux formes : papier et informatisé. Les conseils thérapeutiques du pharmacien sont transmis par téléphone. Les observations entre l'EHPAD et le pharmacien d'officine sont communiquées par téléphone et par courriel au moyen de la messagerie du logiciel de soins. Parfois, les soignants sont amenés à utiliser le courriel direct du pharmacien. En cas d'erreur de dispensation : - Le pharmacien d'officine est prévenu ; - L'erreur est corrigée par les IDE ; - Une fiche d'évènement indésirable est dressée dans le logiciel de soins.

³⁷ Arrêté du 7 octobre 1991 : «

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Le logiciel de soins ne propose pas de classer l'EI en tant qu'erreur médicamenteuse. Les EI médicamenteux sont déclarés dans la classe autres EI. Le pharmacien référent de l'EHPAD fait systématiquement un retour à l'EHPAD après avoir analysé l'EI en question. Une procédure de gestion des EI liés à la prise en charge médicamenteuse a été rédigée par l'IDEC et validée par le médecin coordonnateur et le directeur de la structure. A sa première version, elle date du 1 octobre 2024. Cette procédure nécessite une révision des deux définitions (i.e. EI, réaction indésirable). La procédure présente les éléments à recueillir en cas d'EI ou de RI, ainsi que les éléments qui définissent leur gravité. Il convient néanmoins d'y préciser la démarche à suivre pour déclarer les EI ou les RI (e.g. logiciel soins, formulaire papier, adresse de courriel pour déclarer ces événements sur le portail ARS). Remarque 45 : La procédure de gestion des EI liés à la prise en charge médicamenteuse ne précise pas la démarche à suivre pour déclarer les événements indésirables ou les réactions indésirables.
3.8 Soins	3.8.5. <u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u>	La liste préférentielle des médicaments n'a pas été encore élaborée. Écart 44 : La liste préférentielle des médicaments adaptée aux besoins en médicaments des résidents de l'EHPAD n'est pas encore élaborée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L313-12 V du CASF³⁸.
3.8 Soins	3.8.6. <u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u>	Il ressort des entretiens menés que l'EHPAD ne dispose pas d'un stock de médicaments pour besoins urgents. Une partie de ces médicaments rentrent dans la constitution du sac d'urgence.
3.8 Soins	3.8.7. <u>Les stupéfiants</u>	Lors de la visite des locaux, les membres de la mission d'inspection ont constaté qu'un coffre à stupéfiants est disponible par étage de prise en soins. Situé dans l'armoire à médicaments, il était fermé à clé au moment de la visite. Cette dernière est détenue par les IDE et l'IDEC. Le registre à stupéfiants, dûment complété, était disposé dans le coffre. La traçabilité de la distribution des stupéfiants est organisée au moyen d'une feuille par résident ayant une prescription de stupéfiant. Ainsi chaque feuille comporte cinq parties : - L'identité du résident ; - Les informations relatives à la prescription médicale (i.e. nom du prescripteur, date ordonnance, médicament prescrit) ; - La dispensation par la pharmacie (i.e. date, heure, quantité livrée par la pharmacie) ; - L'administration (i.e. quantité administrée et restante, nom/signature du soignant ayant réalisé l'administration) ; - Le retour à la pharmacie (i.e. quantité rendue à la pharmacie, signature du pharmacien, observations). Le coffre contenait seulement des médicaments stupéfiants. Les IDE vérifient à chaque administration l'état du stock de stupéfiants.

³⁸ Article L313-12 V du CASF : « Pour les établissements mentionnés aux I et IV, le médecin coordonnateur 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, qu'il peut lui-même réaliser, en cette qualité et en articulation avec le médecin traitant, dans des conditions prévues par décret. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmacothérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gestion de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au II de l'article L. 5126-10 du code de la santé publique. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Procédure de gestion des stupéfiants La procédure de gestion des stupéfiants fait partie de la procédure relative au circuit du médicament de l'établissement. Elle comporte les principales étapes de gestion des stupéfiants, à savoir : leur lieu de stockage, la prescription médicale, la transmission de la prescription à la pharmacie, la dispensation, leur transport de la pharmacie à l'EHPAD, leur réception et leur stockage par les soignants habilités, leur administration ainsi que la traçabilité de cette administration, le retour à la pharmacie des stupéfiants non administrés. Toutefois, certaines de ces étapes ne sont pas complètes dont : - La description du circuit de l'ordonnance des stupéfiants et notamment de ses étapes de délivrance pharmaceutique ainsi que du retour en EHPAD des ordonnances de stupéfiants délivrées ; - Le contrôle des dates de validité des ordonnances des stupéfiants en particulier qui assure ce suivi pour éviter que les ordonnances ne soient pas échues ; - La mise en place d'un seul délai de retour des stupéfiants faisant l'objet d'un arrêt de traitement (i.e. 72 heures versus une semaine selon la procédure de gestion des stupéfiants). Remarque 46 : La procédure de gestion des stupéfiants ne détaille pas : les étapes du circuit des ordonnances des stupéfiants, le statut du responsable qui assure le suivi de la validité de leurs dates de fin de prescription, la date butoir du retour des médicaments stupéfiants à l'officine lorsque le traitement est arrêté médicalement. La procédure de gestion des stupéfiants non utilisés et celle de gestion des stocks des stupéfiants font partie intégrante de la procédure de gestion des stupéfiants.
Le traitement De la f3.8 Soins	3.8.8. <u>La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u>	La dispensation des médicaments par le pharmacien référent de l'EHPAD se fait à partir de l'ordonnance informatisée du résident, car le pharmacien dispose d'un accès au logiciel de soins. Toutefois, les ordonnances sont imprimées et transmises au pharmacien, afin que ce dernier puisse y apposer les informations réglementaires. Un fois que les informations réglementaires ont été apposées, l'ordonnance papier est transmise ensuite à la famille pour servir de facture en cas d'absence de prise en charge à 100% des médicaments dispensés.
3.8 Soins	3.8.9. <u>La préparation des piluliers</u>	Les piluliers, qui sont préparés par la pharmacie, sont reçus les vendredis au sein de l'EHPAD. Le samedi en début d'après-midi, les IDE contrôlent tous les piluliers reçus. Ces contrôles ont lieu dans les trois postes de soins, et sont réalisés à partir de l'ordonnance médicamenteuse informatisée disponible dans l'outil soins. Un double contrôle des piluliers est effectif. Le contrôle des piluliers n'est pas tracé. L'entretien des contenants utilisés n'est pas nécessaire, car les piluliers sont jetés après leur utilisation. En cas de nouveau traitement prescrit en semaine, le médecin coordonnateur ou les médecins traitants prescrivent d'une part une ordonnance informatisée et une ordonnance papier et d'autre part ils écrivent une observation médicale dans le logiciel métier. L'IDE responsable du résident nécessitant un changement de traitement médicamenteux envoie à la pharmacie l'ordonnance papier nouvellement prescrite accompagnée des informations extraites de l'observation médicale. Cet envoi est accompagné d'un appel téléphonique du pharmacien notamment quand il s'agit d'un traitement stupéfiant. Le traitement est dispensé par le pharmacien qui a accès à la fois à la prescription informatisée et à celle sous format papier. Une fois que le traitement dispensé arrive à l'EHPAD, l'IDE responsable du résident, ajoute le nouvel traitement au pilulier du résident.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		En cas d'arrêt de traitement en semaine, une observation médicale est consignée dans le dossier du résident et le traitement est arrêté sur l'ordonnance informatisée. Le médecin prévient l'IDE de ce changement de traitement, et l'IDE exclut le médicament en question du pilulier. L'EHPAD utilise le système de piluliers organisé sous forme de plaquette et comportant la distribution des médicaments pour les quatre temps de la journée : matin, midi, soir, nuit. Ces temps ont chacun un code couleur qui lui est spécifique. Chaque pilulier, qui est organisé par aile et par n° de chambre, comporte : - Le nom de l'établissement ; - L'étage et le n° de chambre ; - Le nom/prénom du résident ; - La photographie récente du résident ; - La date d'administration des médicaments et le moment de la journée ; - Les médicaments relatifs au traitement de fond ; - Les médicaments relatifs au traitement si besoin.
3.8 Soins	3.8.10. <u>La préparation des médicaments hors piluliers</u>	Il ressort des entretiens menés que la préparation des médicaments hors piluliers est exclusivement infirmière, et se réalise à partir de l'ordonnance informatisée du résident.
3.8 Soins	3.8.11. <u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD</u>	Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD ont été présentés au point de contrôle IGAS numéro 3.8. / 3.8.9 intitulé « Préparation des piluliers ».
3.8 Soins	3.8.12. <u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u>	Lors de la visite des locaux, il a été constaté que chaque chariot de distribution des médicaments est localisé au niveau du poste de soins de l'étage auquel il sert pour la distribution des médicaments. Les chariots de distribution des médicaments sont par ailleurs sécurisés au moyen de clés détenues par les IDE et IDEC. Pendant la visite des locaux, il a été en outre constaté qu'une enceinte réfrigérée dédiée aux médicaments thermosensibles est localisée dans chacun des trois postes infirmiers de l'EHPAD. La traçabilité de son entretien et de la température de son enceinte n'est pas à jour (Cf. point de contrôle IGAS numéro 3.8 / 3.6.2 intitulé « Les équipements du poste de soins »).
3.8 Soins	3.8.13. <u>Les dates de péremption des médicaments</u>)	La procédure de surveillance des dates de péremption des médicaments n'est pas encore élaborée. Remarque 47 : Une procédure dédiée à l'organisation de la surveillance des dates de péremption des médicaments n'est pas élaborée. Il ressort des entretiens menés que : - Pour les médicaments délivrés par la pharmacie, les dates de péremption sont vérifiées par les préparateurs et le pharmacien d'officine ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Pour les médicaments et les dispositifs médicaux du stock de besoins urgents, l'IDEC réalise un contrôle bimensuel des dates de péremption ; - Pour les médicaments thermosensibles le contrôle des dates de péremption est mensuel ; - Pour les médicaments du sac d'urgence un contrôle mensuel et après chaque utilisation est effectif. Toutefois la traçabilité de ce contrôle n'est pas consignée sur sa fiche de contrôle. L'achat d'un chariot d'urgence est en cours. Sa fiche de traçabilité permettant de consigner son contrôle est déjà élaborée. Lors de la visite des locaux, la mission d'inspection a constaté que les dates de péremption des produits multi-usage sont indiquées sur leurs boîtes.
3.8 Soins	3.8.14. <u>La liste des médicaments écrasables</u>	Selon les entretiens menés, les soignants de l'EHPAD ne disposent pas actuellement d'une liste des médicaments à ne pas broyer. Le motif de broyage des médicaments est communiqué systématiquement aux soignants. Celui-ci porte notamment sur le risque de fausse route. Par ailleurs, les médicaments sont écrasés lorsqu'un traitement essentiel doit être administré à un résident qui le refuse. Le protocole de broyage des médicaments n'est pas actuellement établi. Remarque 48 : Un protocole relatif au broyage des médicaments n'est pas encore élaboré. Les soignants de l'EHPAD et le pharmacien référent recherchent actuellement une solution pour marquer les piluliers des résidents accompagnés avec une pastille rouge, pour identifier rapidement les médicaments qui sont à broyer avant leur administration au résident.
3.8 Soins	3.8.15. <u>La délégation par l'IDE de l'administration des médicaments</u>	Il ressort des entretiens menés et de la procédure de distribution des médicaments que les AS n'administrent pas les médicaments aux résidents nécessitant un acte technique. Les heures de distribution des médicaments sont : 8h00, 12h00, 19h00 et 21h00. Les AS administrent seulement les médicaments « si besoin ». L'administration des traitements sur la plage de nuit survient le plus souvent chez les résidents en fin de vie. Pour ceux-ci des coupuliers de nuit sont préparés. En effet, des cupules avec un bouchon sont mis à disposition des AS par les IDE. Celles-ci comportent le traitement médicamenteux supplémentaire à administrer. Sur chaque cupule il est marqué : le nom/prénom du résident, l'étage de prise en soins, le n° de chambre. Le protocole de délégation d'administration des traitements des IDE vers les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante est nommée procédure « Circuit du médicament » (Réf. : version 1 du 21 juin 2021), Le contenu de cette procédure a été présenté au point de contrôle IGAS numéro 3.8 / 3.8.1.
3.8 Soins	3.8.16. <u>L'identitovigilance des résidents</u> 3.8.17. <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u>	<u>L'identitovigilance des résidents</u> Il ressort des entretiens menés que l'administration des traitements est réalisée à partir de la dernière prescription médicamenteuse disponible dans le logiciel de soins.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		L'étape d'identitovigilance qui précède l'administration des comprimés se réalise par le biais de la photographie du résident présente dans son dossier informatisé, la photographie apostée sur le pilulier, le nom/prénom du résident apposé sur la porte de sa chambre, et par la demande directe du nom prénom du résident lorsque ses fonctions cognitives sont préservées et à partir du trombinoscope qui est mis régulièrement à jour. Selon les entretiens menés, la traçabilité de l'administration ou de la non-administration des médicaments est réalisée dans le logiciel métier de soins en temps réel. Toutefois, lors de l'observation de l'administration des médicaments par les IDE avant le déjeuner ; certains membres de la mission d'inspection ayant réalisé cette observation ont constaté que la saisie de l'administration des médicaments n'était pas assurée en temps réel. Il ressort des entretiens menés qu'en cas d'erreur d'administration : - Le pharmacien est prévenu par téléphone ; - La famille est également prévenue ; - Une fiche d'EI est consignée dans le logiciel de soins ; - Selon le cas une surveillance est mise en place ; - Si besoin une hospitalisation est envisagée ; - Un Retex est également organisé. Par ailleurs le protocole « Aide à la prise des Médicaments Aide à la vie courante » (Réf. : version 1 du 1^{er} janvier 2025, élaborée par le médecin coordonnateur et validée par le directeur de l'EHPAD) précise qu'en cas d'identification d'une erreur médicamenteuse, le professionnel l'ayant constaté doit le signaler immédiatement au médecin, et aux soignants assurant son encadrement. Si ceux-ci sont absents, il prévient l'astreinte administrative, le 15 ou [REDACTED] pour la conduite à tenir. En outre, il doit suivre les instructions données et les noter dans le logiciel de soins. <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u> Des piluliers sont utilisés au sein de l'EHPAD. Ce type de pilulier utilise des médicaments déblistérés ce qui ne permet pas aux soignants les administrant de vérifier les dates de péremption des médicaments constituant le pilulier avant son administration au résident. Remarque 49 : Les piluliers utilisés actuellement au sein de l'EHPAD comportent des médicaments déblistérés, contexte qui ne permet pas aux soignants les administrant de vérifier la validité de leurs dates de péremption.
3.8 Soins	3.8.18. <u>La traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration</u>	Lors de la visite des locaux, les membres de la mission d'inspection ont pu constater que : - Pour l'administration des médicaments aux résidents, bien que les entretiens précisent qu'elle soit réalisée en temps réel, lors du déjeuner du jour d'inspection, l'IDE qui administrait les médicaments n'a pas consigné en temps réel cette administration (Cf. point de contrôle IGAS numéro 3.8. / 3.7.1. « La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD ») ; - Pour les spécialités multi doses la date d'ouverture et le nom du résident sont mentionnés sur leurs boîtes.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.8.19. <u>Les protocoles</u>	L'ensemble des protocoles médicaux de l'établissement transmis à la mission sont non signés ou non validés. <u>Remarque 50 :</u> L'ensemble des protocoles médicaux transmis à la mission sont non validés ou non signés.

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.1. <u>La convention avec un établissement de santé</u>	L'établissement est en partenariat avec des [REDACTED] toutefois la mission n'a pas reçu les conventions, malgré la demande de ces documents. Écart 45 : La mission n'a pas reçu les conventions avec les établissements de santé ce qui contrevient à l'article D312-155-0(I5°) du CASF.
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.2. <u>Les conventions avec des intervenants libéraux</u>	La mission n'a pas reçu les conventions avec les médecins traitants ni avec les autres professionnels de santé libéraux prenant en charge des résidents de l'établissement. Écart 46 : La mission n'a pas reçu les conventions entre les médecins libéraux et autres professionnels de santé libéraux et l'EHPAD ce qui contrevient à l'article R313-30-1 du CASF.
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.3. <u>La/les convention(s) avec l'hospitalisation à domicile (HAD)</u>	L'établissement est en partenariat avec la HAD, mais n'a pas reçu de convention à cet effet. Écart 47 : L'EHPAD ne dispose pas de convention avec la HAD. L'établissement contrevient Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (2e partie : décrets en Conseil d'Etat) ; et Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Et le dernier décret du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.4. <u>La convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs</u>	L'EHPAD a noué un partenariat non formalisé avec le réseau [REDACTED], qui travaille sur trois thématiques : cancérologie – gériatrie – soins palliatifs. Lorsqu'un résident relève d'une prise en charge palliative, et qu'il n'a pas été pris en charge auparavant en cancérologie, et qu'il n'a pas un plan de soins établi par un cancérologue, les soignants de l'EHPAD font appel à l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) [REDACTED]. Comme évoqué au point de contrôle IGAS numéro 3.8 / 3.6.10. « Les soins palliatifs », l'EMSP, d'une part ajuste le traitement antalgique selon les besoins du résident et d'autre part réalise des prescriptions anticipées à l'attention des soignants. Remarque 51 : L'EHPAD ne dispose pas d'une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs ayant comme zone d'intervention le sud des Hauts-de-Seine.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.5. <u>Les autres conventions</u>	L'établissement travaille avec ■ afin d'assurer une télésurveillance et une télétransmission en lien avec une plateforme de gériatrie.
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.6. <u>La convention avec une officine en pharmacie</u>	La convention avec l'officine en pharmacie n'a pas été adressée à la mission d'inspection. Écart 48 : La convention avec l'officine de pharmacie n'a pas été communiquée aux membres de la mission d'inspection, et donc elle est réputée inexistante, contexte qui contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 II du CSP.³⁹
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.7. <u>Les DAC</u>	Dans le cadre du centre de ressources territoriaux il existe un partenariat avec ■. La mission n'a pas reçu la convention formalisée avec le DAC. Remarque 52 : La mission n'a pas reçu de convention formalisée avec le DAC ou un réseau gérontologique.

³⁹ [Article L5126-10 II du CSP](#) : « II.-Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement de coopération sociale et médicosociale gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en produits de santé mentionnés au I de l'article L. 5126-1 des personnes hébergées en leur sein. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

Ne pas se fier aux couleurs, il s'agit d'un bug.

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	: La mission constate que le taux d'occupation annuel de l'établissement relatif à l'hébergement permanent en 2023 est de [REDACTED] le jour de l'inspection il était de [REDACTED] Il est inférieur au seuil de 95 % et expose l'EHPAD au dispositif de modulation du forfait soins par l'ARS, conformément à l'article R 314-160 du CASF, à l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins.	14
<u>Écart 2 :</u>	Le règlement de fonctionnement est incomplet (mesures à prendre en cas de situation d'urgence ou de situation exceptionnelle, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les modalités de déplacement ne sont pas présentées). Cela contrevient à l'article R311-35 du CASF et R311-36 du CASF	17
<u>Écart 3 :</u>	Le projet d'établissement n'est toujours pas actualisé depuis 2019. L'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF	17
<u>Écart 4 :</u>	La mission n'a pas reçu le plan bleu de l'établissement. L'établissement contrevient à l'article L311-8 (2e alinéa) du CASF.	18
<u>Écart 5 :</u>	Le contrat de travail du médecin coordonnateur ne précise pas les conditions d'exercice telles que définies par l'article D312-159-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment en ce qui concerne la répartition du temps de travail et l'articulation des fonctions du médecin coordonnateur dans l'établissement, ce qui constitue un manquement aux exigences réglementaires prévues pour la fonction.	21
<u>Écart 6 :</u>	En n'affichant pas dans les locaux le dernier PV de CVS et en n'affichant pas la composition du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-38-4 du CASF.	24
<u>Écart 7 :</u>	: Il n'a pas été porté à la mission d'inspection la preuve que les représentants ont été élus conformément à l'article D311-10 du CASF.	25
<u>Écart 8 :</u>	: Les comptes-rendus de CVS ne sont pas systématiquement signés par le président conformément à l'article D311-20 du CASF.	25
<u>Écart 9 :</u>	: Le conseil de vie sociale a été réuni deux fois en 2023, cela n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF	25
<u>Écart 10 :</u>	Le CVS n'est pas systématiquement informé des EIG et des dysfonctionnements et des actions correctrices mises en œuvre, conformément à l'article R331-10 du CASF.	25
<u>Écart 11 :</u>	La notion d'évènement indésirable n'est pas connue par l'ensemble des salariés de l'établissement, ce qui peut représenter un risque pour la sécurité du résident. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	28
<u>Écart 12 :</u>	Les professionnels de l'EHPAD ne disposent pas d'une conduite à tenir en cas de chute d'un résident, ce qui nuit à la sécurité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) du CASF .	31
<u>Écart 13 :</u>	En ne déclarant pas l'ensemble des EIG aux autorités de tarification, l'établissement contrevient à l'article L331-8-1 du CASF et l'arrêté du 28/12/2016.	33
<u>Écart 14 :</u>	En ne dissociant pas les missions [REDACTED] il y a un risque de glissement de tâches vers une mission réglementée ce qui contrevient à l'article L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS.	40
<u>Écart 15 :</u>	La mission n'a pas reçu l'attestation de formation ou le diplôme d'au moins un auxiliaire de vie sociale, ce qui contrevient à l'article R451-76 du CASF. Cela génère un risque de glissement de tâche.	46

<u>Écart 16 :</u>	La mission n'a pas reçu la preuve que le registre des entrées et sorties est paraphé par le maire ce qui contrevient à l'article R331-5 du CASF.	49
<u>Écart 17 :</u>	L'état des lieux entrée/sortie des chambres n'est pas présent dans les dossiers des résidents. L'établissement contrevient à l'article L. 311-7-1 du CASF : Dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 , un état des lieux contradictoire est réalisé à l'entrée et à la sortie du résident.	50
<u>Écart 18 :</u>	Certains résidents n'ont pas de personne de confiance et le motif de non-désignation n'a pas été indiqué d'après la consultation des dossiers administratifs des personnes accompagnées. L'établissement contrevient à l'article L. 311-5-1 et l'article L.1111-6 du Code de la santé publique.	50
<u>Écart 19 :</u>	: La présence de données médicales dans les dossiers administratifs constitue un manquement à l'obligation de séparer les informations médicales des informations administratives, en vertu de l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique.	50
<u>Écart 20 :</u>	Le DLU est disponible seulement sous format électronique. Par ailleurs, aucun ordinateur de l'EHPAD ne permet actuellement d'imprimer des documents médicaux dont le DLU en cas de panne informatique. Ce contexte nuit à la sécurité du résident lorsqu'une urgence médicale vitale survient au sein de l'EHPAD, et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) du CASF .	52
<u>Écart 21 :</u>	Certaines parties des locaux ou certains équipements sont détériorés, par exemple certains carrelages, ce qui représente un risque pour la sécurité des résidents ou impacte la qualité de l'accompagnement. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	55
<u>Écart 22 :</u>	Certains locaux (cuisine, local à lingerie ou de stockage de médicaments) stockant des produits, des médicaments ou du matériel dangereux ne sont absolument pas sécurisés ce qui représente un risque pour les résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	56
<u>Écart 23 :</u>	L'absence de convention pour l'élimination des DASRI contrevient à l'article R1335-3 du CSP .	60
<u>Écart 24 :</u>	La traçabilité de l'exploration clinique des dimensions cognitives, humores, comportementales, nutritionnelles, algiques, ainsi que de l'évaluation de l'état cutané des résidents récemment admis au sein de l'EHPAD n'est pas systématique, contexte qui nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (3°) du CASF .	68
<u>Écart 25 :</u>	: la mission n'a pas constaté la preuve de la participation du résident ou du représentant légal au PAI et/ou la signature systématique du PIA par le résident ou son représentant légal, conformément à l'article L311-3 du CASF (7°) et l'article D312-155-0 du CASF.	72
<u>Écart 26 :</u>	La fréquence d'actualisation des projets individuels d'accompagnement est parfois trop éloignée dans le temps (parfois largement supérieure à 12 mois), ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF (3°). Les avenants au contrat de séjour, actualisant les objectifs de prise en charge en lien avec les projets individuels d'accompagnement, ne sont pas systématisés conformément à l'article D311 du CASF.	72
<u>Écart 27 :</u>	L'observation médicale réalisée à l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD est incomplète, contexte qui nuit à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) (3°) du CASF .	75
<u>Écart 28 :</u>	Le projet d'animation n'est pas formalisé n'est pas intégré au projet d'établissement ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	80
<u>Écart 29 :</u>	: L'enquête de satisfaction transmise n'est pas exploitable concernant la qualité de l'hébergement, de l'entretien des locaux, ainsi que des soins et de l'accompagnement dans la vie courante, ce qui contrevient aux exigences prévues par l'article D311-15 (III) du Code de l'action sociale et des familles (CASF)	81
<u>Écart 30 :</u>	La traçabilité de la recherche d'un trouble de la déglutition lors de l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD n'est pas systématique, ce qui nuit à sa sécurité et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) du CASF	83
<u>Écart 31 :</u>	La prescription médicale des régimes et des textures alimentaires n'est pas systématiquement consignée dans les dossiers médicaux des résidents, contexte qui nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (3°) du CASF .	84

<u>Écart 32 :</u>	La prescription des régimes alimentaires normaux pour les résidents ayant une dénutrition modérée et hyperprotidiques pour les résidents ayant une dénutrition sévère ne conduit pas actuellement à une reprise de poids en vue de sa normalisation. En effet, les courbes de poids sont soit stationnaires soit descendantes. Ce contexte nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des résidents dénutris et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) (3°) du CASF .	85
<u>Écart 33 :</u>	Le jeûne est supérieur à 12 heures, ce qui représente un risque pour les résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	86
<u>Écart 34 :</u>	Le calcul de l'indice de masse corporelle n'est pas réalisé pour chaque résident accompagné, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (3°) du CASF .	89
<u>Écart 35 :</u>	: Il est indiqué dans le règlement de fonctionnement que le marquage du linge est à réaliser par le résident, ce qui contrevient au décret 2022-734 du 28 avril 2022 dispose que à partir du 1 ^{er} janvier 2023, les EHPAD doivent fournir une prestation de marquage du linge. L'établissement contrevient à l'article annexe 2-3-1 de l'article L 312-1 du CASF.	91
<u>Écart 36 :</u>	Le poste de soins du deuxième étage n'était pas sécurisé, ce qui représente un risque pour la sécurité des résidents. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	95
<u>Écart 37 :</u>	Le sac d'urgence n'était pas scellé le jour de l'inspection sur site, contexte qui nuit à la sécurité des résidents accompagnés (article L311-3 (1°) du CASF) et ne respecte pas les recommandations de l'OMEDIT Centre en la matière.	96
<u>Écart 38 :</u>	L'EHPAD ne disposait pas au jour de l'inspection d'un DAE, ce qui contrevient aux dispositions du décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes.	97
<u>Écart 39 :</u>	La traçabilité du relevé de température du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles n'était pas quotidienne, contexte qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) du CASF .	97
<u>Écart 40 :</u>	Le réfrigérateur destiné au stockage de médicament du deuxième étage ne se ferme pas correctement, en raison de l'absence d'un système de fermeture effectif (il n'y a pas l'effet ventouse ou aimant), contexte qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (1°) du CASF .	97
<u>Écart 41 :</u>	La procédure « évaluation douleur » est très succincte et ne comporte pas les éléments relatifs à sa prévention, à son dépistage ainsi qu'à la lutte contre la douleur, ce qui nuit à la qualité de la prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L1112-4 du CSP.	100
<u>Écart 42 :</u>	La traçabilité de l'administration des médicaments est parfois réalisée en différé, ce qui unit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l' article L311-3 (3°) du CASF .	102
<u>Écart 43 :</u>	La durée de prescription des benzodiazépines dépasse la durée maximale admise pour ce type de prescription qui est égale à 30 jours, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 1 de l' arrêté du 7 octobre 1991 .	105
<u>Écart 44 :</u>	La liste préférentielle des médicaments adaptée aux besoins en médicaments des résidents de l'EHPAD n'est pas encore élaborée ce qui contrevient aux dispositions de l' article L313-12 V du CASF .	106
<u>Écart 45 :</u>	La mission n'a pas reçu les conventions avec les établissements de santé ce qui contrevient à l'article D312-155-0(I5°) du CASF.	112
<u>Écart 46 :</u>	La mission n'a pas reçu les conventions entre les médecins libéraux et autres professionnels de santé libéraux et l'EHPAD ce qui contrevient à l'article R313-30-1 du CASF.	112

<u>Écart 47 :</u>	L'EHPAD ne dispose pas de convention avec la HAD. L'établissement contrevient Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (2e partie : décrets en Conseil d'Etat) ; et Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Et le dernier décret du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.	112
<u>Écart 48 :</u>	La convention avec l'officine de pharmacie n'a pas été communiquée aux membres de la mission d'inspection, et donc elle est réputée inexistante, contexte qui contrevient aux dispositions de l' article L5126-10 II du CSP .	113

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Les plans de sécurité incendie ne sont pas actualisés, ce qui représente un risque en cas d'incendie.	14
<u>Remarque 2 :</u>	Un résident est resté dans le dispositif de séjour temporaire plus de 90 jours : 2ans et 2 mois, cela contrevient à la circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire (max 90 jours).	14
<u>Remarque 3 :</u>	Les noms des salariés ne sont pas tous retranscrits sur l'organigramme de l'établissement et ce dernier n'est pas daté.	18
<u>Remarque 4 :</u>	La lettre de subdélégation du directeur des établissements vers un directeur d'établissement ou service médico-social n'est pas actualisée.	19
<u>Remarque 5 :</u>	: le registre du personnel n'est pas actualisé.	20
<u>Remarque 6 :</u>	En n'ayant pas formalisé de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), l'établissement contrevient au critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la qualité de la HAS.	26
<u>Remarque 7 :</u>	La procédure des réclamations n'est pas suffisamment détaillée dans le règlement de fonctionnement et il n'existe pas de boîtes aux lettres pour déposer les réclamations. Le cahier des réclamations porte exclusivement sur les repas.	27
<u>Remarque 8 :</u>	Les protocoles relatifs aux EI ne traitent pas de la mise en place de réunions annuelles faisant le bilan des EI/EIG qui ont eu lieu au sein de l'établissement, des mesures qui ont été prises ou qui doivent être prises, et ne détaillent pas suffisamment des méthodes d'analyse des EI.	28
<u>Remarque 9 :</u>	Certains évènements qui devraient être qualifiés de graves ne font pas l'objet de Retex, de même les chutes ne font pas l'objet de Retex	30
<u>Remarque 10 :</u>	La fréquence, le niveau de criticité et le niveau de risque des évènements ne sont pas indiqués sur les documents d'extraction/ les bilans des EI.	30
<u>Remarque 12 :</u>	Sur le plan quantitatif, les [REDACTED] AS AES AMP seraient non conformes aux critères du CPOM de l'ARS IDF : selon ces critères, il lui faudrait au moins [REDACTED] AS AES AMP pour assurer la sécurité et la qualité de l'accompagnement auprès des résidents.	38
<u>Remarque 13 :</u>	L'établissement n'a pas élaboré de fiches de poste.	45
<u>Remarque 14 :</u>	L'établissement n'a pas fourni les documents attestant de la formation des aides-soignants à l'aide à l'administration du médicament en présence des infirmiers.	46
<u>Remarque 15 :</u>	Les directives anticipées (ou les attestations confirmant que les résidents ne souhaitent pas les renseigner) ne sont pas présentes dans les dossiers administratifs des résidents	51
<u>Remarque 16 :</u>	Certaines issues de secours étaient obstruées ce qui représente un risque en cas d'incendie.	56

<u>Remarque 17 :</u>	Le registre de sécurité est incomplet. Celui-ci ne comprenait pas notamment les consignes et procédures en cas d'incendie, les dernières dates de formation des personnel, les dates de contrôle et de vérification des installations, ainsi que les levées de réserve, le suivi des travaux réalisés par les entreprises avec les dates, la nature des travaux et le nom des entreprises.	57
<u>Remarque 18 :</u>	██████████ établis le 14 mai 2024, nécessiteraient des aménagements techniques, du type rail de transfert, pour faciliter la prise en charge des personnes dépendantes par les aides-soignants.	58
<u>Remarque 19 :</u>	Malgré la présence du DUERP, il n'est pas prouvé que l'employeur met en œuvre les actions de prévention indiquées conformément à l'article L4121-3 du code du travail.	59
<u>Remarque 20 :</u>	Il n'existe pas de procédure relative à l'organisation et au tri des déchets ménagers dans l'établissement, ni l'existence d'un système de valorisation des déchets sur place.	60
<u>Remarque 21 :</u>	L'espace de collecte des DASRI du rez-de-chaussée ne comporte pas de système de ventilation, ni de cuvette de rétention ce qui risque d'accroître les risques de contamination.	61
<u>Remarque 22 :</u>	Le protocole de vaccination antigrippe est sommaire	61
<u>Remarque 23 :</u>	L'établissement ne procède pas à l'étude du journal des appels malades ce qui favoriserait une réponse rapide	62
<u>Remarque 24 :</u>	Le temps de réponse aux appels malades recensé sur site peut dépasser les trois minutes	63
<u>Remarque 25 :</u>	La procédure d'admission, ne fait pas référence au dossier unique d'admission, ne présente pas les critères de refus, ne précise ni dans quel délai ni qui réalise l'évaluation des différentes dimensions du bilan gériatrique à l'admission du résident.	66
<u>Remarque 26 :</u>	Le projet spécifique à l'UVP 2023 -2025 ne précise ni le contexte dans lequel une réévaluation des capacités cognitives et comportementales de ses résidents est nécessaire, ni les modalités de leur réévaluation.	69
<u>Remarque 27 :</u>	Les deux documents qui définissent les critères d'admission et de sortie de l'UVP, à savoir le projet spécifique à l'UVP 2023 – 2025 et la procédure intitulée « Critères de passage à l'UVP », ont de critères d'admission et de sortie qui se recoupent partiellement.	70
<u>Remarque 28 :</u>	: la mission n'a pas constaté la preuve de la désignation d'un référent du projet personnalisé par résident, dont la mission est d'assurer le relais entre les équipes et les proches afin d'apporter une fluidité de parcours tout au long de son séjour.	72
<u>Remarque 29 :</u>	La synthèse médicale annuelle n'est pas consignée dans les dossiers médicaux analysés.	75
<u>Remarque 30 :</u>	La mission n'a pas constaté la présence d'espaces privatifs accessibles et dédiés aux familles. De plus, la signalétique de l'établissement n'a pas permis à la mission d'identifier les espaces mis à disposition des familles.	76
<u>Remarque 31 :</u>	La procédure relative à la mise en place de la contention ne traite pas des critères pour la réalisation de la réévaluation	78
<u>Remarque 32 :</u>	Les conclusions de l'analyse de la balance bénéfice/risque pour la mise en place d'une contention ne sont pas tracés dans les dossiers médicaux des résidents concernés par cette prescription.	79
<u>Remarque 33 :</u>	La plupart des prescriptions de contention s'effectuent dans un contexte d'urgence.	79
<u>Remarque 34 :</u>	Les éléments de réévaluation des contentions à l'issue de leur durée de prescription ne sont pas systématiquement consignés dans les dossiers médicaux.	79
<u>Remarque 35 :</u>	La mission n'a pas constaté la désignation d'un professionnel de l'établissement, en charge de la vérification du respect du cahier des charges du prestataire, notamment le grammage et les apports nutritionnels.	82

<u>Remarque 36 :</u>	La procédure de diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée ne précise ni la fréquence avec laquelle les critères phénotypiques sont évalués, ni les professionnels en charge de ces évaluations.	87
<u>Remarque 37 :</u>	Le protocole de lutte contre la dénutrition ne précise ni l'intérêt des dosages biologiques dans la démarche d'évaluation de la dénutrition de la personne âgée ni la fréquence de leur dosage dans le cadre de ce suivi nutritionnel.	87
<u>Remarque 38 :</u>	La fiche d'alerte nutrition ne comporte ni les informations relatives à sa rédaction, ni le contexte dans lequel elle doit être utilisée (e.g. tout type de dénutrition au moment de sa survenue). Par ailleurs, les professionnels impliqués dans les différents types d'évaluations ne sont pas identifiés.	88
<u>Remarque 39 :</u>	L'évaluation mensuelle du poids, quel que soit le statut pondéral du résident, n'est pas effective, ce qui ne respecte pas les recommandations de la HAS actuellement en vigueur.	89
<u>Remarque 40 :</u>	L'administration nocturne de perfusions de réhydratation n'est pas indiquée compte tenu de l'absence d'une surveillance infirmière la nuit.	89
<u>Remarque 41 :</u>	La procédure du circuit du linge et la fréquence de passage n'étaient pas affichées dans la lingerie. Le personnel n'avait pas connaissance de l'existence de ces documents.	90
<u>Remarque 42 :</u>	La retranscription des prescriptions médicamenteuses papier, établies par les médecins prescripteurs, dans le dossier médical informatisé se réalise selon la procédure de la double validation indépendante. Celle-ci consiste dans la retranscription par une première IDE de l'ordonnance et la validation successive par la deuxième IDE de cette retranscription. Cette organisation de l'étape de prescription du circuit du médicament doit être utilisée exclusivement par défaut lorsque l'un des médecins prescripteurs refuse d'établir une prescription médicamenteuse informatisée.	103
<u>Remarque 43 :</u>	La procédure de délégation d'administration des médicaments par les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante ne comporte pas une partie relative à l'étape d'habilitation de ces personnes qui succède à celle de leur formation.	103
<u>Remarque 44 :</u>	Les mesures correctives relatives à l'organisation, la sécurisation et la formalisation des modalités de stockage des médicaments, identifiée comme problématique lors de l'audit du circuit du médicament en 2023, ne sont pas encore complètement mises en œuvre.	104
<u>Remarque 45 :</u>	La procédure de gestion des EI liés à la prise en charge médicamenteuse ne précise pas la démarche à suivre pour déclarer les événements indésirables ou les réactions indésirables.	106
<u>Remarque 46 :</u>	La procédure de gestion des stupéfiants ne détaille pas : les étapes du circuit des ordonnances des stupéfiants, le statut du responsable qui assure le suivi de la validité de leurs dates de fin de prescription, la date butoir du retour des médicaments stupéfiants à l'officine lorsque le traitement est arrêté médicalement.	107
<u>Remarque 47 :</u>	Une procédure dédiée à l'organisation de la surveillance des dates de péremption des médicaments n'est pas élaborée.	108
<u>Remarque 48 :</u>	Un protocole relatif au broyage des médicaments n'est pas encore élaboré.	109
<u>Remarque 49 :</u>	Les piluliers utilisés actuellement au sein de l'EHPAD Ferrari comportent des médicaments déblistérés, contexte qui ne permet pas aux soignants les administrant de vérifier la validité de leurs dates de péremption.	110
<u>Remarque 50 :</u>	L'ensemble des protocoles médicaux transmis à la mission sont non validés ou non signés.	111
<u>Remarque 51 :</u>	L'EHPAD ne dispose pas d'une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs ayant comme zone d'intervention le sud des Hauts-de-Seine.	112
<u>Remarque 52 :</u>	La mission n'a pas reçu de convention formalisée avec le DAC ou un réseau gériatrique.	113

6. Conclusion

Le contrôle de [REDACTED] été réalisé le 16/01/2025 à partir des constats réalisés sur place, des entretiens et des documents transmis par l'établissement.

- Les membres de la mission se sont accordés sur la propreté globale des locaux à tous les étages, incluant celle des chambres (la plupart ont été observées depuis l'extérieur, celles-ci étant majoritairement occupées) ainsi que des salles visitées...
- Les chambres étaient équipées et les toilettes observées étaient conformes aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.
- L'unité de vie protégée (UVP) est sécurisée.
- Les escaliers sont sécurisés.
- Le climat social au sein de l'établissement est perçu comme très satisfaisant par les personnes interrogées. Certains salariés, ayant précédemment travaillé dans d'autres EHPAD du département, ont exprimé une préférence pour leur environnement de travail actuel.
- Une bonne communication entre les équipes a été observée de manière générale.
- Une certaine stabilité des équipes a également été relevée, ce qui contribue à l'efficacité de la prise en charge des résidents.
- Le personnel s'est déclaré satisfait de la qualité de l'encadrement.
- Une bienveillance des équipes à l'égard des résidents a été observée.

Cependant certains manquements doivent être levés (cf liste des écarts ci-dessus) et il est recommandé de tenir compte des remarques (cf liste des remarques ci-dessus).

Saint Denis, le 30/06/2025

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence régionale de Santé
AVS : Auxiliaire de vie sociale
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CoViD : Corona Virus Disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Évènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Équivalent temps plein
GIR : Groupe iso-ressources
GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré
HACCP : « *Hazard analysis critical control point* » (Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise)
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'État
IDEC : Infirmier diplômé d'État coordonnateur
MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur
PE : Projet d'établissement
PVP : Projet de vie personnalisé
PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

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

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PMR : Personnes à mobilité réduite

PMP : PATHOS moyen pondéré

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

UHR : Unité d'hébergement renforcée

UVP : Unité de vie protégée

8. Annexes

Annexe I Lettre de mission des agents chargés du contrôle

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS
Des Hauts-de-Seine

Direction de l'autonomie

Conseil départemental
Des Hauts-de-Seine

Objet : Lettre de mission d'inspection

Mesdames, Messieurs,

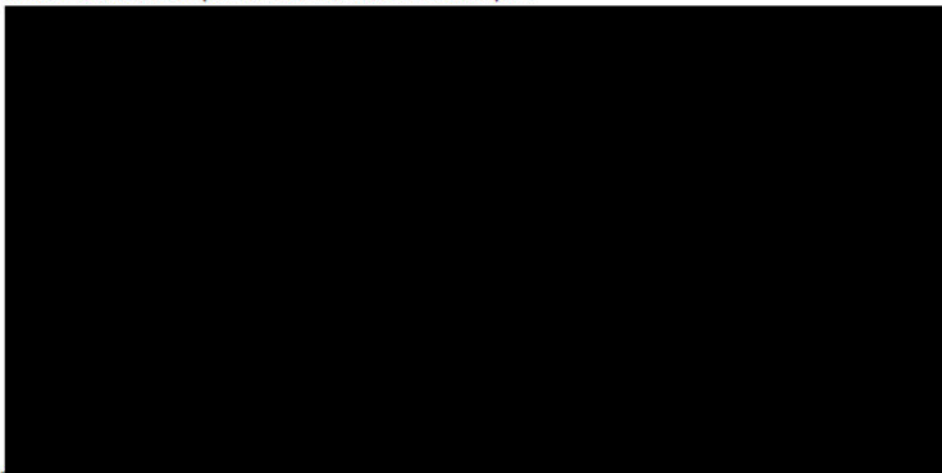
Depuis la fin de l'année 2022, l'ARS a reçu un signalement d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGAS) et deux réclamations concernant l'EHPAD Ferrari situé à Clamart (N°FINESS géographique 920710373). Ils portent sur des dysfonctionnements relatifs aux soins, au consentement des résidents, et au respect des droits des usagers. Par ailleurs la délégation départementale des Hauts-de-Seine dispose de peu d'informations émanant de cet établissement en matière de gouvernance, ce qui en fait un établissement silencieux. L'EHPAD ne relève pas d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Dans ce contexte, nous avons décidé de diligenter un contrôle de cet établissement, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, qui aura pour objectif de vérifier ses conditions de fonctionnement et la qualité des prises en charge des résidents, et portera sur les thématiques suivantes :

- Gouvernance
- Fonctions support
- Prise en charge
- Relations avec l'extérieur

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

La mission débutera à compter du 16/01/2025 et sera assurée par :



L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP).

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP³ et L.133-2 du CASF⁴ 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.

À 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.



¹ Article L. 1421-1 du Code de la santé publique (CSP)

² Article L. 1421-1 du Code de la santé publique (CSP)

³ 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 ».

⁴ Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

Annexe II Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

Ile-de-France EHPAD FERRARI 16 janvier 2025 Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique Documents à remettre sur la plateforme sécurisée de l'ARS IDF : BlueFiles™ via le lien suivant : https://bit.ly/3AIVMOx Q1- L'ETABLISSEMENT EHPAD T1 - Gouvernance et Pilotage 1. Documents de présentation du gestionnaire – organigramme de la direction générale 2. Organigramme hiérarchique et fonctionnel objectivant les liens entre l'organisme gestionnaire et le directeur de l'EHPAD 3. Comptes rendus (CR) des CODIR avec l'organisme gestionnaire traitant de l'EHPAD (les trois derniers CR avant le 16/01/2025) 4. Le calendrier des réunions codir avec l'organisme gestionnaire 2024-2025 5. Le PV de conformité d'accessibilité PMR 6. Tableau de répartition des résidents présents à la date du contrôle par unité en format Excel 7. Rapport d'activité 2023 8. Rapport d'orientation budgétaire-ROB (données 2025) 9. Dernier procès-verbal PATHOS et AGGIR 10. Comptes rendus des réunions de direction (CODIR) de l'établissement (les trois derniers avant le 16/01/2025) 11. Calendrier des réunions de direction (CODIR) de l'établissement sur 2024-2025 12. Les plans en PDF de l'établissement avec la désignation des pièces en clair T2 - Le projet d'établissement 13. Projet d'établissement (PE) 14. Le ou les PV de validation du PE 15. Le CR de la réunion de présentation du PE en CVS 16. Le calendrier 2025 des réunions COPIL PE T3 - Management & Stratégie 17. Organigramme fonctionnel et hiérarchique de l'EHPAD avec les ETP par pôle 18. 3 derniers comptes rendus (datant d'avant le 16 janvier 2025) respectifs des réunions de COPIL, d'encadrement, de service et des groupes de travail relatifs à l'EHPAD 19. Calendrier de ces réunions sur 2025 20. Les procédures de mise en œuvre des astreintes administratives, médico-soignantes et techniques 21. Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction, médico-soignantes, éducatives et techniques du mois dernier du mois en cours et légende des codes utilisés 22. Liste des personnels bénéficiant d'une subdélégation et copie de chaque documents 23. Procédure de remplacement du directeur en cas d'absence ponctuelle et de congés T4 - Le directeur (et directeur adjoint) 24. Arrêté de nomination (ou contrat de travail) 25. Document unique de délégation (ou de subdélégation) 26. Fiche de poste ou feuille de route 27. Diplômes T5 - Pour chaque médecin salarié (médecin traitant/médecin coordonnateur 28. contrat de travail) 29. Feuille ou lettre de missions 30. Diplômes 31. Inscription à l'ordre des médecins et au RPPS T6 - Pour chaque cadre / IDEC	Ile-de-France EHPAD FERRARI 16 janvier 2025 Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai, à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique Documents à remettre sur la plateforme sécurisée de l'ARS IDF : BlueFiles™ via le lien suivant : https://bit.ly/3AIVMOx Q2- RESSOURCES HUMAINES T1 - Effectifs 36. Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (CDI/CDD, intérim, prestataires, stagiaires, libéraux etc.) avec les rubriques suivantes : noms et prénoms ; date de naissance ; fonction ; qualification ; unité d'affectation ; dates d'entrée et de sortie de l'établissement) y compris les postes vacants. FORMAT EXCEL non verrouillé 37. Diplômes de tout le personnel <u>soignant</u> salarié de jour (CDI, CDD et intérim présents le mois M) : IDE, AS, ergothérapeute, psychomotricien, AES, AMP plus kinés si salariés... 38. Diplômes de tous les professionnels salariés de nuit 39. Tableau de l'Etat des ETP budgétés et des ETP réels en poste au jour de la visite FORMAT EXCEL non verrouillé 40. Tableau des personnels Hebdo à compléter par l'établissement 41. Pyramides des âges des salariés de l'établissement par catégorie professionnelle 42. Taux d'absentéisme des salariés de l'établissement sur les trois dernières années 43. Taux de rotation des salariés de l'établissement par catégorie professionnelle sur les trois dernières années et total 44. Liste des remplacements sur les trois derniers mois (noms et fonctions) 45. Liste des stagiaires & Planning du mois précédent l'inspection, le mois auquel a eu l'inspection et le mois après l'inspection FORMAT EXCEL non verrouillé 46. Règlement intérieur de l'établissement et mode(s) de diffusion aux salariés 47. Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD des trois derniers mois à la date de l'inspection 48. Copie du registre unique du personnel T2 - Coordination des équipes 49. Planning mensuel original (prévisionnel) et modifié de tous les personnels médicaux, paramédicaux, soins et accompagnement jour/nuit : les trois mois précédant janvier 2025, janvier 2025, et les plannings prévisionnels des trois prochains mois (y compris les temps de transmission) + légende des codes utilisés FORMAT EXCEL non verrouillé 50. Procédure d'organisation type des personnels soins par unité ou secteur (effectifs attendus chaque jour pour chaque catégorie de professionnel soins) et leurs horaires (roulement/hebdo) 51. Bilan social (s'il a été établi) 52. Procédure d'affectation par unité ou secteur et fréquence de rotation interne 53. Procédure de remplacement des absences inopinées du personnel 54. Procédure d'attribution des heures supplémentaires 55. Procédure d'attribution et de validation des congés annuels (calendrier, priorités) 56. Fiche de poste de chaque catégorie de professionnel : IDE, AS, ASG, AES, AMP, Auxiliaires de vie (ou autres appellations) et ASH pour les horaires de jour et de nuit, et animateur, psychologue, kiné, ergothérapeute ... 57. Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit 58. Offres d'emploi 59. Documents relatifs aux incitations au recrutement 60. Procédure(s) et livret(s) d'accueil des nouveaux professionnels salariés et des intervenants extérieurs
---	---

EHPAD FERRARI

16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,
à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre sur la plateforme sécurisée de l'ARS IDF : [BlueFiles™](https://bit.ly/3AJVMOx) via le lien suivant :
<https://bit.ly/3AJVMOx>

61. Tableau des professionnels paramédicaux libéraux intervenants dans l'établissement **FORMAT EXCEL non verrouillé**
62. Convention des professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement datée et signée par l'ensemble des parties.
63. Tableau des personnels associatifs intervenants dans l'établissement
64. Convention des associations intervenant dans l'établissement
65. Convention des prestataires intervenant dans l'établissement (coiffeur, pédicure...)
66. Plannings de toutes les réunions internes entre professionnels 2024, calendrier 2025 (et trois derniers CR précédant le 16/01/2025)
67. Protocoles temps de transmission

T3 - Développement des salariés

68. La Politique de GPEC
69. Plan de formation réalisé 2023-2024 (formations continues, diplômantes dont VAE) et listes d'émargement
70. Plan de formation N (formations continues, diplômantes dont VAE) 2025 et listes d'émargement (s'il y en a déjà eu)
71. Politique de QVT et nom du référent TMS-RPS de l'établissement
72. Comptes rendus des CTE et CHSCT 2024 des 6 derniers mois et calendrier 2025
73. Comptes rendus de réunions entre le directeur et le représentant local du CTE, CHSCT des 6 derniers mois

Q3- QUALITE & BIEN TRAITANCE**T1 - Evaluation**

74. Rapport et synthèse de la dernière évaluation interne (autoévaluation désormais)
75. Rapport et synthèse de la dernière évaluation externe

T2 - Plan amélioration continue de la qualité

EHPAD FERRARI

16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,
à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre sur la plateforme sécurisée de l'ARS IDF : [BlueFiles™](https://bit.ly/3AJVMOx) via le lien suivant :
<https://bit.ly/3AJVMOx>

76. Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom

77. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)

78. Le CR de la réunion de présentation du PACQ en CVS

79. Le tableau de bord de suivi et d'évaluation du PACQ

80. La liste des membres du COPIL de rédaction et/ou de suivi du PACQ

81. La liste des fiches actions du PACQ

82. Les fiches actions du PACQ

83. Les trois derniers CR 2024 des réunions du COPIL PACQ

84. Le calendrier 2025 des réunions COPIL PACQ

T3 - Processus de déclaration et de gestion des événements indésirables dont ceux liés aux soins et**Processus lié aux réclamations**

85. Procédure présentant le type d'événement indésirable à déclarer et modalités de déclaration

86. la procédure de gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse

87. Procédure présentant le type d'EIG à déclarer et modalités de déclaration aux autorités

88. Protocole de gestion et d'analyse des EI-EIG et EIAS et protocole de gestion et d'analyse des réclamations

89. Charte de protection des salariés déclarant un EI et mode(s) de diffusion aux salariés

90. Extraction EXCEL du registre d'enregistrement des EI déclarés en interne et plans d'action corrective mis en œuvre pour 2022, 2023, 2024 (ou copie) et liste des retours d'expérience (RTEX), comité de retour d'expérience (CREX)

91. Extraction EXCEL du registre d'enregistrement des EIG - EIAS déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre pour 2022, 2023, 2024 (ou copie) et liste des RTEX, CREX- revue de morbidité et de mortalité (RMM)

92. Extraction des réclamations émanant des résidents/familles, plans de correction mis en œuvre 2022,2023,2024

93. Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2022,2023,2024 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD

EHPAD FERRARI

16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,
à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

D
M
u
S

94. Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance & Charte de la bientraitance
95. Procédures, supports et documents relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance (y compris les procédures contre les agressions)
96. Fréquence de l'enquête "autoévaluation des salariés sur la maltraitance" et résultats
97. Calendrier des groupe amélioration des pratiques professionnelles (GAPP) ou autres types de partages de l'expérience professionnelle, ainsi que le compte rendu des réunions sur l'année 2024
98. Liste des Formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2023 et 2024 et prévisionnel sur 2025

99. Attestations de suivi de stage des personnels concernés ou listes d'émargement 2023 et 2024

T5 - Prévention des risques

100. Plan Bleu et plan de continuité et de reprise de l'activité de l'établissement
101. DUERP en cours de validité & le plan d'action
102. Dernier PV de la DDPP (contrôle cuisine)
103. Dernier PV commission sécurité INCENDIE et preuve de vérification du SSI de 2023 +/- 2024
104. Protocole RGPD et niveau de maturité

Q4- ACCOMPAGNEMENT & PRISE EN CHARGE**T1 - Documents pour l'accompagnement**

105. Liste nominative des résidents par chambre admis au jour de l'inspection avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale, sous protection juridique et leur GIR **FORMAT EXCEL non verrouillé**
106. Nombre de résidents bénéficiant d'une orientation MDPH avec ou sans dérogation d'âge du Conseil départemental
107. Liste d'attente d'admission

EHPAD FERRARI

16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,
à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

108. Procédure mise en œuvre pour la réalisation d'un projet de vie individualisé (PVI) ou d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAI)
109. Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI ou des PAI 2024-2025
110. Modèle type de PVI

T3 - Animations/activités

111. Plannings individuels et collectifs des animations des 3 derniers mois
112. 2 derniers CR des commissions animations
113. Bilan annuel des animations /activités 2024, planning 2025 et projet d'animation actualisé
114. Conventions avec les partenaires culturels et sportifs (prestataires animation, bénévoles...)
115. Chartes des bénévoles

Q5- DROITS DES PERSONNES**T1 - Accueil usagers**

116. Règlement de fonctionnement
117. Livret d'accueil des nouveaux résidents + charte des droits des personnes accueillies
118. Procédure d'information des résidents concernant la désignation d'une personne de confiance
119. Procédure d'information des résidents et des familles concernant la protection juridique d'un majeur
120. Procédure d'information concernant le recours à une personne qualifiée et la liste des personnes qualifiées
121. Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles (dont *enquête de satisfaction relative à la restauration des résidents*) avec analyse du résultat 2023, 2024 et plan d'action et ses annexes dont "droit d'aller et venir"
122. Contrats de séjour selon les modalités d'accueil (hébergement permanent, temporaire, accueil de nuit...) et ses annexes
123. Comptes rendus des réunions avec les familles (3 derniers)
124. Deux derniers CR de la commission restauration

EHPAD FERRARI
16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,
à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

EHPAD FERRARI
16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,
à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

125. Menus prévisionnels et réalisés des 3 derniers mois
126. Planning des menus de la semaine du 16 janvier 2025 et menu de substitution

T2 - CVS

127. Liste des membres du CVS et PV de la dernière élection
128. Coordonnées des membres du CVS et des représentants des familles
129. Règlement intérieur du CVS
130. Comptes rendus des réunions des CVS 2023 à 2024
131. Calendrier prévisionnel des réunions CVS 2025

Q6- SOINS

T1 - Documents liés au soins

132. Projet de soins en cours et mise à jour annuelle éventuelle
133. Plan de soins (prévisionnel et réalisé) sur les deux dernières semaines avec la fréquence des changes, des toilettes...
134. Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)
135. Rapports des réunions de la commission gériatrique des deux dernières années
136. Calendrier des réunions impliquant des soignants et médecins pour 2023 et 2024
137. CR des réunions d'équipes impliquant des soignants et médecins sur les trois derniers mois
138. Récapitulatif des chutes année N-1 et année en cours (par secteur)
139. Tableau **nominatif sous format EXCEL** de suivi année N-1 et année en cours des poids/IMC des résidents et albuminémie
140. Tous les rapports d'audits liés au soin réalisés dans les 3 dernières années
141. Toutes les procédures sur le circuit du médicament (dont la procédure de gestion des stupéfiants et la procédure de délégation d'administration des médicaments) et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse (y compris audit du circuit, CR des réunions de travail...)

Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel, d'aide à la vie courante
Procédure de traçabilité d'administration, de la prise des médicaments
Procédure pour les modalités des médicaments (médicaments écrasés, liste des médicaments écrasés)

142. Liste nominative **sous format EXCEL des régimes et textures alimentaires prescrites médicalement** des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution
143. Liste nominative des médecins traitants des résidents et nombre de résidents suivi par chacun
144. Vaccination antigrippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre/taux de résidents vaccinés, nombre/taux de personnels vaccinés

T2 - Conventions

145. Conventions d'exercice signées entre les médecins traitants et l'établissement
146. SAU
147. Unité **coagilo**-comportementale hospitalisation et équipe mobile
148. HAD
149. Soins palliatifs hospitalisation et équipe mobile
150. Equipe mobile de Gériatrie
151. Centre d'imagerie
152. Laboratoire d'analyses médicales
153. Contrat DASRI
154. Autres
155. Procédure d'organisation entre l'EHPAD et les pharmacies

T3 - Procédures/protocoles en lien avec la préadmission, l'admission, la prise en charge médicale et soignantes et le détail de chaque procédure en lien avec les thématiques suivantes

156. Pré admission, admission, accueil du nouveau résident

EHPAD FERRARI
16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,

EHPAD FERRARI
16 janvier 2025

Liste non exhaustive des documents à remettre le 30 janvier au soir, dernier délai,

157. Evaluations gériatriques
158. De passage en UVP incluant les critères
159. Appel d'urgence pour intervention médicale H24
160. Hygiène buccodentaire
161. Procédure/protocole de **prise en charge de la dénutrition, de la déshydratation & de prescription médicale des compléments nutritionnels oraux** ;
162. Douleurs - évaluations et prise en charge
163. Pansements et escarres (et critères de recours à la TPN même si réalisé par HAD ou Libéraux)
164. Chutes
165. Contentions
166. Hospitalisations programmées et en urgence
167. Troubles du comportement
168. Toxi-infection alimentaire collectives
169. Infections respiratoires aiguës individuelles et collectives
170. Vaccination antigrippale résidents et salariés
171. Recours aux professionnels de la rééducation (kiné, ergo, psychomot, orthophoniste)
172. Soins palliatifs
173. Fin de vie
174. Circuit du linge (fréquence de passage, protocole, procédures)

T4 - UHR, PASA, UVP

175. Projet de l'UVP
176. Contrat de séjour type et livret d'accueil de l'Uvp
177. Planning des ateliers thérapeutiques année n-1 et n

Q7- AUTRES

178. Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (M-1 et M en cours)
Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée
179. Attestations de déclaration des logiciels et caméras de surveillance auprès de la CNIL
180. Plan prévisionnel des travaux et de remplacement des équipements de l'établissement
181. AUTRES (documents que vous souhaitez communiquer à la mission)
182. Commentaires sur les documents qui ne peuvent être transmis

Inspection EHPAD FERRARI 16 janvier 2025

Liste des documents qui doivent être REMIS IMMEDIATEMENT sur place (A présenter vers 9h15)

Nature des documents demandés dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes. **Ils devront également nous être adressés sur Bluefiles en respectant la numérotation.**

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes

- A. Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour, avec :
leur date de naissance ou âge,
numéro de chambre et étage pour chaque résident
date d'entrée,
bénéficiaire aide sociale,
leur GIR
(papier et fichier au format EXCEL non verrouillé) : **6 exemplaires**
- B. Listes des résidents étant sous protection juridique : **6 exemplaires**
- C. Organigramme nominatif fonctionnel et hiérarchique actualisé de l'établissement : **6 exemplaires**
- D. Liste nominative des personnels présents le jour de l'inspection incluant leurs professions, le statut, horaires et lieux d'affectation : **6 exemplaires**
- E. Tous les plannings des différents personnels du mois en cours et du mois précédent (plannings prévisionnels et actualisés de décembre 2024 et de janvier 2025 plus planning
- F. Ordre du jour pour l'ensemble des réunions de septembre 2024 à janvier 2025
- G. **Planning projets personnalisés réalisé au mois de décembre 2024 et prévisionnel en janvier 2025**
- H. Plan des locaux : 6 exemplaires
- I. Les deux derniers rapports d'activité médicale annuels (RAMA) : pour le médecin inspecteur

Inspection EHPAD FERRARI 16 janvier 2025

Logistique et liste des documents qui seront consultés sur place : conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Plusieurs bureaux, distincts, dont, au moins, un équipé d'un ordinateur avec un accès (identifiant et mot de passe) **au progiciel de Soins** et la possibilité d'une connexion à distance (sur une période de deux mois après l'inspection), **profil « médecin coordonnateur »**. Il faudra qu'on puisse laisser nos affaires dans au moins un bureau.

Préparer une texture normale, hachée, mixée (informer les équipes de cuisine) à mise à disposition de l'équipe d'inspection **dans le bureau où nous mettons nos affaires à midi.**

1. **Registre des entrées et des sorties**
2. **Registre de sécurité et dernier pv de la commission de la sécurité (à vérifier s'il est sur mon document demande de Bluefiles)**
3. **Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents**
4. **Registre de recueil des EI**
5. **Registre des sorties à l'insu**
6. **Registre unique du personnel**
7. **Dossiers administratifs des professionnels**
8. **Supports de transmission, de suivi, et de communication en interne et les supports organisant ces temps de transmission**
9. **Protocoles de transmission**
10. **Les supports administratifs organisant les réunions**
11. **Dossiers administratifs des usagers et projets de vie**
12. **Dossiers médicaux et de soins et dossiers de liaison d'urgence (DLU) des résidents sur papier et/ou en version informatique (par le médecin inspecteur de santé publique)**

Les documents qui n'ont pas pu être obtenus ont été répertoriés dans les écarts et dans les remarques du rapport.

Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]



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