

Cabinet de la Directrice générale

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Conseil départemental des Hauts-de-Seine

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes RÉSIDENCE LA CHESNAYE
25 Route des Fusillés de la Résistance /
92150 SURESNES
N° FINESS 920710415**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2025_01
Contrôle sur site le 27/02/2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;

Accompagnée par :

- Madame le Docteur [REDACTED], Désignée en qualité d'inspectrice par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé au titre de l'article L. 1435-7 du Code de la santé publique, Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;
- Madame [REDACTED], Infirmière diplômée d'Etat, Inspectrice de l'Agence régionale de santé, Délégation Départementale des Hauts-de-Seine ;
- Madame [REDACTED], personne qualifiée Délégation départementale des Hauts-de-Seine ;
- Madame [REDACTED], Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine ;
- Madame [REDACTED], Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine.

Textes de référence

- 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 :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *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

Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats	7
Gouvernance.....	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie	9
Animation et fonctionnement des instances	17
Gestion de la qualité.....	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	19
Fonctions support	21
Gestion des ressources humaines	21
Gestion d'information.....	27
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	29
Sécurités	31
Prises en charge	32
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	32
Respect des droits des personnes	34
Vie sociale et relationnelle	36
Vie quotidienne. Hébergement	37
Soins.....	41
Eléments complémentaires	55
Récapitulatif des écarts et des remarques	56
Écarts.....	56
Remarques.....	58
Conclusion	59
Glossaire	60
Annexes	61
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle.....	61
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis ..	63

Éléments déclencheurs de la mission

La présente inspection contrôle, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « Orientation Nationale d'Inspection - Contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles, associant conjointement l'ARS et le Conseil départemental.

L'analyse a porté sur les constats faits sur site et sur pièces. A cet effet, il peut être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, et de mener des entretiens avec les personnes que la mission juge utile de rencontrer.

Le périmètre des investigations a porté essentiellement sur :

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurités

PRISE EN CHARGE

10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
11. Respect des droits des personnes
12. Vie sociale et relationnelle
13. Vie quotidienne - Hébergement
14. Soins

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

La mission d'inspection de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) **Résidence La Chesnaye** a été inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France au titre de 2025 (PRIC), sur proposition de la direction départementale des Hauts-de-Seine, au regard d'un climat social dégradé qui semble affecter la prise en charge des résidents. Elle s'inscrit également dans le contexte d'un préavis de grève illimité de la CGT depuis octobre 2024.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD RÉSIDENCE LA CHESNAYE, situé au 25 Route des Fusillés de la Résistance 92150 SURESNES, n°FINESS 920710415 dans la programmation des contrôles à réaliser en 2025.

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

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection inopinée a été réalisée sur site le 27 février 2025, sans annonce préalable à l'établissement.

Elle a été réalisée conjointement par l'ARS d'Île-de-France 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 :

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 25 Route des Fusillés de la Résistance 92150 SURESNES, l'EHPAD Résidence La Chesnaye est un établissement public autonome géré par la ville de Suresnes .

L'EHPAD dispose de 100 places en hébergement permanent.

Il ne comprend pas de place en accueil de jour.

L'établissement a été habilité à l'aide sociale pour la totalité de ses places par un arrêté du Président du Conseil général des Hauts-de-Seine en date du 19 janvier 2011.

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il est doté d'une unité de vie protégée de 20 places (UVP) et d'un pôle d'activités et de soins adaptés de 14 places (PASA).

Selon les dernières validations des GIRAGE et PATHOS, le GMP s'élève à ■■■■ (le 13 février 2018) et le PMP à ■■■■ (27 février 2018). Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 99 résidents accueillis en 2018 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
■■■■	■■■	■■■	■■■	■■■	0%
IDF ¹	18%	40%	18%	17%	7%

¹ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

La dernière décision tarifaire de 2024 fait état d'un budget de fonctionnement de [REDACTED] en 2025.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est signé le 18 février 2019 pour la période 2019-2023 et comporte trois objectifs généraux :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	RESIDENCE LA CHESNAYE		
Nom de l'organisme gestionnaire	Maison de retraite de Suresnes/ VILLE DE SURESNES		
Numéro FINESS géographique	920710415		
Statut juridique	EHPAD PUBLIC AUTONOME		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ²
	HP	100	[REDACTED]
	HT	-	-
	PASA	14	[REDACTED]
	UVP	20	[REDACTED]
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100		
	Année 2018		
PMP Validé	[REDACTED]		
GMP Validé	[REDACTED]		

² Au jour du contrôle sur place

Constats

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

La grille est renseignée dans la colonne « Constat » de la façon suivante :

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé,
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire.

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	EHAPD public autonome géré par la ville de Suresnes depuis 1962.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ? Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95%	Au jour du contrôle, le nombre de résidents est le suivant : ■ sur 100 places de HP installées soit ■ ■ résidents en UVP sur 20 places installées soit ■		L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	La direction n'a pas rédigé de projet de service spécifique au PASA.	E1: Absence de projet de service spécifique au PASA	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	D'après la liste transmise le 27 mars 2025, l'établissement accueille [REDACTED] Le plus jeune est âgé de 61 ans et le plus âgé de 100 ans. [REDACTED] des résidents sont classés dans les GIR 1 à 3 et [REDACTED] en GIR 1 à 2. [REDACTED] bénéficiaires de l'aide sociale. La liste fournie ne contient pas toutes les informations attendues par la mission à savoir : la protection juridique et le domicile de secours.		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	Le règlement de fonctionnement existe, est affiché et remis à chaque résident. Il date de septembre 2024.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement ne comprend pas les modalités d'association des familles, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les affections, la dépendance, Alzheimer, et les sanctions des faits de violence sur autrui.	E2 : Le règlement de fonctionnement ne contient pas toutes les dispositions obligatoires prévues dans le CASF .	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement couvre la période 2024-2029.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)

N°/CAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement ne comprend pas le projet de soins. L'évaluation du projet avec des indicateurs quantitatifs et qualitatifs n'est pas intégrée.	E3 : Le projet d'établissement ne comprend pas le projet de soins, le volet bienveillance et prévention maltraitance et l'évaluation du projet avec des indicateurs.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	La dernière mise à jour du plan bleu date du 31/01/2025		L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du tronc de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	La directrice est en poste dans la structure depuis le [REDACTED] Un organigramme est affiché à l'accueil mais nécessite une actualisation. Ce dernier traduit les liens hiérarchiques entre les personnes.	R1 : Une actualisation de l'organigramme est nécessaire	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD)
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Les réunions sous formes de CODIR ont lieu tous les mardis à 10h et réunissent la directrice, les 4 chefs de pôles, la psychologue et la psychomotricienne. Les comptes rendus sont rédigés par la directrice et diffusés par mail.		
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Il existe de nombreux signes de conflits. Le climat social est [REDACTED]. Les tensions sont permanentes et la situation s'est envenimée au point de bloquer toute possibilité de collaboration. Depuis octobre 2024, une grève illimitée est en cours. Les représentants du personnel dénoncent une [REDACTED] Les conflits impactent la qualité de vie au travail et l'accompagnement des résidents. Les professionnels indiquent que les [REDACTED] Les nouveaux arrivants sont rapidement [REDACTED] du conflit entre la direction et les représentants du personnel. Certains salariés quittent l'établissement, aggravant ainsi les problèmes de recrutement et de stabilité des équipes. [REDACTED]		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			■■■■■ Le climat relationnel ■■■■ au sein de l'EHPAD a pour conséquence le refus d'une partie des professionnels de participer : - à des formations nécessaires à la bonne prise en charge des résidents, - à certaines réunions et groupes de travail également nécessaires à la continuité de la prise en charge, à la prise en compte de certaines procédures		
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	Prise de poste de la directrice le ■■■■ Elle dispose d'une fiche de poste. La directrice exerce un champs de compétences large qui couvre l'ensemble des missions de la structure en hiérarchie des 4 responsables de pôles.		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	Directrice nommée par arrêté du CNG.		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Il existe des astreintes administratives téléphoniques qui sont effectuées du lundi au lundi suivant par 4 personnes à tour de rôle : - La directrice - L'IDEC (responsable des soins) - La responsable administrative - La responsable hôtelière Ces astreintes ne sont plus mutualisées avec d'autres établissements depuis fin 2022. Par ailleurs il existe une astreinte technique, 2 semaines par mois en attendant le recrutement d'un 2 ^{ème} technicien.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La directrice était présente le jour de l'inspection.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Etablissement ?	Il n'existe aucune délégation de signature. La directrice explique prendre peu de vacances et lorsqu'elle est absente, elle continue à suivre les mails et à signer les éventuels documents le nécessitant.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur) D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Pas de volonté de la directrice de déléguer sa signature car elle engage sa responsabilité sur tous les documents signés.		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement". 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	Une IDEC à raison [REDACTED] [REDACTED]		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.17	Management et Stratégie	le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Un contrat en CDD initial de [REDACTED] [REDACTED] Le MEDCO a quitté ses fonction le [REDACTED] Ce médecin coordonnateur exerçait également en tant que médecin traitant auprès de certains résidents sans avoir signé de contrat pour cette activité.		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Certains documents réglementaires ne sont pas affichés : - tarifs et horaires des diverses prestations - PV des CVS - PV des commissions de restauration - résultats de la dernière enquête de satisfaction - Arrêtés de tarification 2025 du CD D'autres sont affichés mais nécessitent une mise à jour : - liste des personnes qualifiées du Département - organigramme - composition CVS	E7 : Il existe un défaut d'affichage de certains documents et d'autres affichés nécessitent une mise à jour	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque années ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	La composition du CVS est conforme à la réglementation. Cependant, le document transmis n'est pas à jour et date du 7 mai 2021. Le règlement de fonctionnement du CVS transmis n'est ni daté ni signé. Le CVS s'est réuni 4 fois en 2024. L'ordre du jour des CVS est rédigé par la directrice. Les comptes rendus sont rédigés et signés par la directrice de l'établissement et non par la présidente comme ils le devraient	E8 : Le document de composition du CVS n'est pas à jour. Le règlement intérieur du CVS n'est pas daté ni signé par la présidente	D311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille> à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informés des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Les EI et dysfonctionnements n'ont pas été présentés en CVS en 2024 (CR transmis), ce qui contrevient à l'obligation annuelle d'information.	E9 : Les EI n'ont pas été présentés en CVS en 2024.	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	Un responsable qualité est désigné au sein de la structure mais est en [REDACTED] Il a suivi une formation.		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression, autre que celle des EI. Il n'a pas été transmis de document attestant de la mise en place d'une protection de tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance. Il existe une charte de confiance (charte d'incitation à la déclaration) mentionnée dans le protocole général pour la gestion des EI.	E10 : Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression. Il y a une absence de documentation sur la protection du salarié témoignant d'actes de maltraitance.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	Un système de déclaration des EI ou réclamations existe au sein de la structure sous forme de formulaires mis à disposition de tous avec possibilité de déposer dans une boîte aux lettres dédiée. La directrice indique à la mission qu'une réponse est apportée dans la semaine par écrit. Il existe également une adresse mail dédiée (cf. livret d'accueil, p. 19) : « [REDACTED] ». Il existe par ailleurs une enquête annuelle de satisfaction auprès des résidents et des familles avec une présentation des résultats au CVS. Il n'existe pas d'enquête de satisfaction auprès des professionnels.	R2: Il n'existe pas d'enquête de satisfaction auprès des professionnels	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Il existe une procédure de signalement des événements indésirables aux autorités administratives, dont l'ensemble du personnel a été destinataire, en date du 06/12/2024. Elle comprend : une analyse interne préalable (identification de la nature de l'évènement et validation par la direction), une transmission à l'ARS et au CD, puis la traçabilité et le suivi. Depuis 2022, 4 EI ont été signalés aux ATC, aucun ne concernait la prise en charge des résidents. Ce faible niveau de déclaration des E/IEIG interroge la mission d'inspection, notamment concernant la prise en charge des résidents. Dans un rapport rédigé par l'ancien médecin coordonnateur [REDACTED] et transmis aux autorités de tutelle par la directrice, plusieurs événements préoccupants ont été relevés : • Non-respect des prescriptions médicales : Non-envoi aux urgences, demande d'ECBU prise en	E11 : il n'existe pas de culture de déclaration des EI au sein de la structure	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'état et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			compte tardivement, absence de prise des constantes, concentrateur d'oxygène non branché entraînant une détresse respiratoire. • Défaut de signalement des chutes : Chute avec traumatisme crânien découvert tardivement, chutes requalifiées en glissades amorties, fracture costale relevée par radiographie, retard de prise en charge, manque de surveillance des patients à haut risque de chutes. • Déni de surveillance : Refus de responsabilité, ignorance des incidents, irritation face aux remarques.		
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Dans le protocole, les modalités des analyses comprennent l'analyse de l'évènement en interne, avec une réunion d'analyse hebdomadaire et une identification des causes. Le protocole général de gestion des EI détaille le plan d'action correctif (mesures immédiates, plan d'amélioration) et les modalités de suivi de l'EI (traçabilité, suivi de la mise en œuvre des mesures correctives, bilan annuel des EI). Il n'a pas été transmis de Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). La procédure de gestion des plaintes et réclamations n°5 précise que selon la gravité de l'évènement indésirable, la réponse à une plainte d'un requérant est faite sous 1 semaine ou sous 24h pour les plaintes graves. voir ECART n°12	E12: Le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) est manquant	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'établ et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?			L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE<4300 ; Charge en dépendance par AS/AES <3200 Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque)	Le jour de l'inspection :	E13: Il manque des AS/AES/AMP pour assurer une prise en charge de qualité	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	██████████ Les AVS et AES sont positionnées en AS Cette liste présente quelques incohérences : 1 IDE ne figurant sur les professionnels présents le 27 février 2025 mais pas sur la liste du personnel recruté au 27 février 2025 En raison de l'insuffisance du nombre d'AS/AES/AMP pour assurer une prise en charge de qualité, l'établissement compromet la prise en charge qualitative et sécurisée des résidents ce qui contrevient aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF. Selon les critères de contractualisation CPOM de l'ARS IDF permettant de calculer l'effectif minimal de soignants requis pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, l'établissement est en déficit de 1,18 ETP dans l'équipe des AS/AES/AMP. La charge en dépendance est ██████████ La charge en soins est de ██████████		
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaireCDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	Au 27 février 2025 la répartition des différents types de ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ Sur les ██████████ postes de soignants (AS, AMP, AVS, AES, ASG, infirmiers) ██████████ agents sont recrutés en CDD soit ██████████.	R3 : L'EHPAD emploie un nombre très important de personnels en CDD (+50 % des effectifs salariés), ce qui traduit et entretient la fragilité des équipes en place.	Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD franchilien d'un autre groupe

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	En 2023, le taux de rotation du personnel est de ■■■ et le taux d'absentéisme est de ■■■ (source ANAP). L'établissement a un effectif instable ce qui défavorise la continuité de la prise en charge, et à fortiori sa qualité. La mission conclut que l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 3° du CASF.	E14: L'établissement par son effectif instable met en jeu la continuité et la qualité de la PEC	L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	L'établissement conserve dans un classeur les bulletins de casier judiciaire.	R4: La conservation des extraits de casiers judiciaires contrevient aux recommandations de la CNIL	L133-6 CASF (casier judiciaire) CNIL – Recommandation de non conservation ni traitement spécifique des bulletins de casiers judiciaires par l'employeur Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?	L'établissement a contracté avec ■■■ kinésithérapeutes inscrits à l'ordre et ■■■ orthophoniste. Ces contrats ont été signés en ■■■ sans préciser de date de prise d'effet ni les modalités de renouvellement. Pour rappel, seuls les kinésithérapeutes relèvent d'une obligation de conventionner avec l'EHPAD.	R5: Les contrats avec les professionnels et prestataires externes ne précisent pas la date d'effet et les conditions de renouvellement.	Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	Un plan prévisionnel de formation 2025 est mis en place. Les thématiques abordées sont notamment : - Netsoins - Accompagnement de la fin de vie - Sécuriser le circuit du médicament - Prévention et prise en charge de la douleur - Le refus de soins - Bientraitance - Droits des résidents - HACCP Les éléments transmis ne donnent pas de visibilité sur la planification de ces formations ou les professionnels concernés. En 2022, ■ professionnels ont été formés à la bientraitance et en 2023, ■ professionnels ont suivi une formation sur la bientraitance. Une était prévue en ■ professionnels mais aucune attestation n'a été fournie. En 2024, ■ ont été formés sur les troubles du comportement et psychiatriques. La directrice précise à la mission des difficultés de mise en œuvre du fait du climat social. Elle indique que des professionnels ne se sont pas présentés à certaines formations et que des vacataires les ont remplacés.	E15: Le plan de formation pour l'ensemble des professionnels n'est pas formalisé notamment sur la thématique de la bientraitance	L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	L'aide à la mobilité interne ne figure pas dans le plan prévisionnel de formation 2025. Dans le livret du professionnel il est indiqué que les salariés dispose d'un droit à la formation mais aucune information n'est fournie sur la VAE ou l'inscription à celle-ci. Aucun protocole VAE ne figure au plan de formation 2025.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)?	Une procédure de recrutement d'un nouvel agent est applicable depuis le 03/12/2024. L'établissement dispose d'un livret d'accueil des nouveaux salariés. Il n'est pas précisé dans la procédure si les nouveaux arrivants sont accompagnés d'un pair. Un système de tutorat ou de parrainage est mis en place pour accompagner l'agent dans ses premières semaines (responsable de service).		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Un partenariat a été mis en place sur l'analyse des pratiques avec un autre EHPAD avec le personnel qui le souhaite. L'établissement a mis en place en septembre 2024 des groupes de réflexion éthique pour tout le personnel dont les thématiques sont choisies par les professionnels.		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Les plannings sont faits à l'avance mais les informations renseignées ne sont pas claires et sont insuffisantes. Sur les plannings ne sont pas indiquées les affectations des différents professionnels, la légende « case blanche » n'est pas renseignée. Certains salariés figurent en AAQ (absence à qualifier) alors que la période concernée n'est pas écoulée. Le planning du personnel soignant est établi par la responsable administrative et l'équipe hôtelière par la responsable hôtelière.	R6 : Les plannings ne sont pas cohérents ni lisibles	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	L'établissement est organisé comme suit : Les IDE en 12h : 7h-19h et 9h-21h Les AS en 10h ou 11h: 7h-17h et 9h15- 20h15 Les ASH en 7 ou 10h : 7h-14h ou 10h15-20h15 Le jour du contrôle un professionnel ASH était en absence non programmée et non remplacé.		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Des glissements de tâches ont été rapportés à la mission notamment des tâches d'AS vers des ASH (aide à la toilette, aide au coucher...). Il est constaté dans la liste des professionnels présents que les AVS et AES sont faisant fonction d'AS. La mission constate un non-respect des compétences réglementaires des professionnels auprès des résidents. Les personnels absents (courte ou longue durée) sont remplacés par des vacataires qui ne portent pas de badge. Une procédure pour organiser les remplacements de l'établissement a été rédigée pour aider le cadre d'astreinte à procéder au recrutement dans le respect de la réglementation. En cas d'absence imprévue, l'établissement fait appel aux vacataires ou à des volontaires en heures supplémentaires.	E16 : Les compétences réglementaires des professionnels ne sont pas respectées	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?		R7 : Les professionnels (notamment les vacataires) ne sont pas identifiables par les résidents et leurs proches	

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties ou sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	Il a été rapporté à la mission que l'établissement dispose d'un registre des entrées et sorties. Cependant celui-ci a été rangé aux archives et n'a pas pu être présenté à la mission. A défaut une liste informatique, par ordre alphabétique et non pas par date d'admission, est établie depuis 2022.	E17 : L'absence de tenue du registre des entrées et sorties contrevient aux dispositions du CASF	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	Les dossiers sont globalement bien tenus. Les PAI ne sont pas joints dans le dossier.		L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.
2.3.4.4	Gestion d'information	Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	Les dossiers médicaux en format papier sont stockés dans une armoire dans le bureau du MEDCO. Le bureau est accessible au personnel administratif et l'armoire contenant les dossiers médicaux n'est pas fermée à clé. Par ailleurs, la mission a pu trouver des documents contenant des données médicales individuelles accessibles dans le bureau du MEDCO, à savoir : - des cahiers de transmissions dans les bandes de différents médecins traitants intervenant dans l'EHPAD ; - des compte-rendus d'hospitalisation en attente de rangement sur la table d'examen médical ;	E18 : Des données médicales individuelles sont accessibles au personnel administratif non soumis au secret médical	R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel) HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- des imageries médicales en attente de rangement sur la table d'examen médical. Les règles de confidentialité concernant l'envoi de données des résidents par mail à un autre professionnel de santé via la messagerie sécurisée de [REDACTED] ne sont pas connues.		

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Les locaux sont globalement propres et bien entretenus. Le taux de vétusté des équipements est de [REDACTED] (source ANAP 2023) supérieur à la cible de 50%.	R8 : Le taux de vétusté est supérieur à la cible	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'EHPAD est climatisé.		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs, équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	La circulation verticale et horizontale au sein des locaux y compris pour les personnes à mobilité réduite est fluide		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	Barres d'appui dans les couloirs de l'établissement, verticalisateurs, fauteuils roulants, déambulateurs, sièges de douche, fauteuil pèse-personne, plateforme pèse-personne		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés..." et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Il existe un recueil recensant les problèmes techniques pour les demandes d'intervention, situé à l'accueil (date, nom, chambre, nature de la demande, suites données). Par ailleurs les interventions sont également consignées (non datées) sur un tableau blanc effaçable dans le local de l'agent d'entretien.	R9 : Une procédure de gestion formalisée permettrait d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Il n'existe pas de rails mais uniquement des verticalisateurs.	R10 : Les risques de troubles squelettico-musculaires ne sont pas suffisamment pris en compte	L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) qu'elles soient faites en interne ou externalisées Principales catégories de risques possibles : Financiers			
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le linge des résident est pris en charge par l'établissement conformément aux RBPP		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	La structure est équipée d'un système de vidéosurveillance. Les portes d'entrée et de sortie sont actionnées par l'agent d'accueil ou personnel possédant un badge.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Il existe un système d'appel pour les résidents dans les chambres (télécommande située près du lit) et dans les salles de bain. Ils sont actuellement hors service. L'utilisation d'un appel-malade génère normalement un signal sonore et un signal lumineux, sur des panneaux lumineux devant la chambre, accrochés dans les espaces communs de chaque étage, et dans et devant l'infirmerie à chaque étage.	E19 : Le système d'appel-malade est hors-service	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

Prises en charge

Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ? Il y a-t-il une évaluation Norton, Braden, Chutes, escarres, déglutition, douleur L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Le règlement de fonctionnement dans l'article 9 (Admission) précise les modalités d'admission des résidents. Il est indiqué qu'il existe une procédure d'admission définie. Or on ne retrouve pas de procédure d'admission claire et formalisée par des étapes mais uniquement une présentation des différentes évaluations qui sont menées. Il n'y a aucun développement sur une procédure en cas de refus d'admission. De plus il est indiqué que le médecin coordonnateur donne son avis sur l'admission. Cette attribution figurait dans les contrats des MEDEC précédents mais n'est pas prévue par le contrat de télécoordination..	E20 : Le contrat de télé coordination ne prévoit pas de sollicitation du médecin coordonnateur lors de l'admission des résidents, ce qui contrevient aux dispositions du CASF	D312-158 2° CASF (missions du MedCo) D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	La psychologue est la référente PAI de l'établissement. Les PAI sont réalisés en équipe pluridisciplinaire (AS référent, IDE référent, psychologue, animateur socio-esthétique, psychomotricienne, diététicien, kiné et orthophoniste). Les ASH ne sont pas associés à l'élaboration des PAI. Au jour de la mission ■ résidents ne disposaient pas de PAP actualisés. La psychologue a mis en place un planning de 2 PAI le mardi chaque semaine, avec pour objectif de réévaluer tous les PAI à 6 mois. L'élaboration et la rédaction des PAI ne se font pas systématiquement en co-construction avec le résident et/ou la famille.	E21 : Les PAI ne sont pas réactualisés et ne sont pas systématiquement co construits avec le résident et/ou la famille	L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	La prise en charge médicale des résidents est assurée par des médecins libéraux habilités à intervenir dans l'établissement. Le libre choix du médecin traitant est garanti au résident, comme stipulé dans le contrat de séjour.	E22 : Tous les médecins traitants n'ont pas signé un contrat avec l'EHPAD, ce qui	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			La liste des médecins traitants affichée dans le poste de soins n'est pas identique à la liste nominative des médecins traitants des résidents remise à la mission, ni à celle enregistrée dans le logiciel [REDACTED]. D'ailleurs, le dernier médecin coordonnateur, ayant [REDACTED] est toujours le médecin traitant d'un résident sur [REDACTED]. Toutefois, une convention en date du [REDACTED] a été signée avec le groupe médical SOS 92 pour intervenir en cas de besoin. Seulement [REDACTED] contrats de médecins traitants sur les [REDACTED] enregistrés dans le logiciel [REDACTED] de l'EHPAD ont été transmis à la mission. Le temps de présence commun interéquipes n'est que de 15 minutes le soir pour l'habillage/ désabillage des professionnels et le temps de transmissions. L'aide-soignant de jour travaillant de [REDACTED] participe systématiquement aux temps de transmissions entre soignants (tous les jours à 11h45), tandis que celui travaillant de [REDACTED] ne peut y assister. Le logiciel [REDACTED] accessible par les équipes permet d'assurer la traçabilité des transmissions lorsque celles-ci sont faites.	contrevient à l'art. D313-30-1 CASF. R11 : La liste nominative des médecins traitants des résidents n'est pas à jour.	
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions interéquipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?		R12 : Tous les professionnels ne peuvent pas assister aux transmissions en raison de leurs horaires	L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	De nombreux affichages sur les animations, repas, réclamation, enquête de satisfactin...à disposition des familles.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des droits et liberté est en diffusion libre à l'accueil avec le livret.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	La liste des personnes qualifiées est affichée à l'accueil. Cet affichage nécessite une mise à jour avec le dernier arrêté de 2024.		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	La personne de confiance n'est pas mentionnée dans le règlement de fonctionnement ou dans le projet d'établissement.	E23 : La personne de confiance n'est pas mentionnée dans le règlement de fonctionnement ou dans le projet d'établissement.	L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.2.2.6	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour rédiger les directives anticipées, facilement accessible d'une personne accueillie ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Le règlement de fonctionnement comprend un paragraphe sur les directives anticipées, à l'article 31 – Fin de vie. Il y est indiqué qu'un document d'information et un formulaire de directives anticipées sont remis au résident lors de l'admission.		L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP (directives anticipées) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4", 2012
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer garantir l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet, ...	Des photos sont à l'entrée de chaque chambre avec le nom du résident. Pas de bracelet d'identification.		
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique : Maltraitance			
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	Le règlement de fonctionnement à l'article 13 indique que l'établissement dispose d'une règle de dépôt et un coffre fort permettant de mettre en sécurité les objets de valeur. Aucune disposition sur prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident.		L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer (UVP, ...)	L'établissement dispose d'un coordinateur animation pour ■■■ETP et d'une animatrice pour ■■■ETP. Le projet d'animation pour 2025, le bilan d'animation 2023 n'ont pas été remis à la mission. Le bilan de 2024 est en cours de réalisation. Le programme d'activités de la semaine en cours et de la semaine suivante prévoit des activités variées (jeux, sport, anniversaires, réunions thématiques, stage théâtre...). La mission constate des modifications sur le lieu des animations. Or le planning n'a pas été actualisé. D'après les documents fournis, des animations sont prévues au 5^{ème} étage de la résidence dans l'UVP, et sont réalisées par un animateur et la psychologue. Les résidents de l'UVP peuvent également assister aux animations de la résidence.	E24 : L'absence de programme d'animation spécifique à l'UVP contrevient aux dispositions du CASF	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité-consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Un volet relatif à l'animation est présent dans le projet d'établissement. Il n'est pas fait état de la validation par le CVS ni de la continuité de l'animation pendant les congés. Les animations sont programmées tous les jours de la semaine, y compris le week-end (1 week-end sur 2 ce sont les ASG du PASA qui animent des activités libres au sein du PASA).		

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Un questionnaire de satisfaction a été réalisé en 2024 auprès des résidents et des familles et proches. La thématique de la restauration est présente dans ce questionnaire. Un questionnaire spécifique aux repas a été réalisé auprès des résidents en 2025. Toutefois aucune appréciation globale n'en est ressortie.	R13 : Les enquêtes de satisfaction ne font pas l'objet d'une analyse et appréciation globale pour être correctement exploitées	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Les préférences alimentaires des résidents sont connues et des mets de substitution leur sont proposés.	E25	
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Admin : Existe t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?	Un protocole de lutte contre la dénutrition a été rédigé par la diététicienne de l'établissement et est applicable depuis le [REDACTED]. L'enrichissement de l'alimentation se fait en cuisine. Les compléments nutritionnels oraux sont prescrits par le médecin. La traçabilité de leur distribution par l'équipe soignante n'est pas systématique Un classeur « textures et hydratation » est à disposition des soignants dans la salle à manger de chaque étage. Il contient un document régulièrement mis à jour, qui précise pour chaque résident : le régime, la texture, le mode d'alimentation, l'hydratation et les informations complémentaires.	Une traçabilité irrégulière de la distribution des compléments nutritionnels oraux dans les soins, ne permet pas de garantir la prévention de la dénutrition, ce qui contrevient à une prise en charge de qualité des résidents.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les horaires des repas, indiqués dan le règlement de fonctionnement, sont les suivants : - Petit déjeuner à partir de 7h30 - Déjeuner à Partir de 12h30 - Collation à partir de 15h30 - Diner à partir de 18h30 Une collation est prévue la nuit sur demande des résidents mais n'est pas prévue dans le procédure relative à l'organisation des repas. D'après les entretiens et le protocole, les résidents sont pesés tous les mois et à la demande suivant le besoin de réévaluation. Les soignants disposent de balances ou de chaises de pesée. La liste des résidents dénutris transmise à la mission précise le poids actuel et M-1 mais pour l'ensemble des résidents, il n'a pas été retrouvé de courbes de poids depuis leur prise en charge. D'après les documents, des bilans biologiques sont réalisés tous les 3 ou 6 mois. La traçabilité de ces bilans n'est pas retrouvée pour l'ensemble des résidents sur le logiciel [REDACTED] D'après le protocole [REDACTED] ces éléments seront désormais analysés par les soignants et les paramédicaux dont la diététicienne. Cette analyse n'a pas été constatée par la mission. Des formations flash « Qu'est-ce que la dénutrition ? » d'une demi-heure dispensées par la diététicienne à destination de l'ensemble du personnel ont eu lieu les [REDACTED]. Seulement huit professionnels ont signé les feuilles d'embarquement et les autres professionnels présents ont refusé d'assister à la formation.	R14 : La procédure relative à l'organisation des repas n'est pas à jour.	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?		E26 : La prise de poids n'est pas transcrite mensuellement	D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...) ? Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ? Les professionnels ont-ils une observance des rations alimentaires consommées ? Les professionnels sont-ils moteur de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?	L'établissement dispose d'une procédure relative à l'organisation des repas, datée du [REDACTED], précisant les responsabilités de chaque professionnel. L'aide au repas est assurée par les aides soignants. Il n'existe pas de procédure permettant de déterminer les personnes nécessitant d'être servies en chambre, mais les résidents peuvent être ponctuellement servis en chambre. Le bilan de formation 2024 et les perspectives 2025 communiqués à la mission ne permettent pas de disposer du détail des formations programmées en lien avec les troubles de la déglutition. Chaque aide soignant prend en charge les [REDACTED] résidents de son aile (soins d'hygiène en référence ou pas au projet de vie) toilette au lit, douche, aide à la toilette, réfection du lit, habillage/déshabillage). Une troisième aide-soignante au 5ème étage et une aide-soignante « pool » sont présentes le jour de la visite pour prendre en charge les toilettes qui ne peuvent pas être réalisées par les soignants des étages. Ce renfort n'est pas constaté sur les autres jours du mois de février. Selon les fiches de poste, les toilettes, changes et la réfection des lits sont assurés par les aides soignants, sous la responsabilité de l'infirmier. La gestion et le suivi des besoins en protections sont assurés par l'IDEC et la responsable hôtelière. Les commandes de changes sont basées sur les stocks existants. Les protections sont stockées dans les espaces de stockage au sous-sol du bâtiment. Les soignants chargés des toilettes et des changes réapprovisionnent directement les chariots de change de chaque étage. D'après l'IDEC, il existe un lutin « nursing » précisant le plan de change journalier et les principales consignes pour		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?			L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ? Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	R15 : Le protocole de gestion de l'incontinence nécessite d'être complété		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			chaque résident, qui devrait se trouver dans le chariot de chaque aile de la structure. Ce classeur était absent des chariots des deux ailes du 5^{ème} étage le jour de la visite. Le protocole de gestion de l'incontinence rédigé le [REDACTED] nécessite d'être complété et évalué pour l'adapter au besoin des résidents. Une partie prévention de l'incontinence doit y être développée portant notamment sur le calendrier mictionnel ainsi que les situations exceptionnelles, notamment pour l'équipe de nuit (prise de diurétiques inhabituelles, épisodes de diarrhées ...)		

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.0.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.1.0	Soins		L'équipe pluridisciplinaire est constituée de personnels salariés de l'EH PAD : [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]		
3.8.1.1	Soins	Quelles sont les professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure : accompagnant éducatif et social/aide médico-psychologique/AVS, aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?	L'inscription à l'ordre des infirmiers de l'IDE titulaire n'a pas été transmise à la mission En revanche, l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur en poste. Certaines des fonctions du MedCo sont assurées à distance par [redacted]. Cette équipe est complétée par le recours régulier à des professionnels libéraux, et notamment à : [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]	E27 : Un infirmier en fonction dans l'établissement n'est pas inscrit à l'ordre, ce qui contrevient à l'article L 4311-15 du CSP et constitue un exercice illégal de la profession d'infirmier.	L312-1 II 4° alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.1.2	Soins	Quelle est l'organisation du travail sur la base des contrats de travail, des fiches de postes, des fiches horaires en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, les jours fériés, les week-ends et pendant les périodes de congés et auprès de l'ensemble des personnes accueillies quel que soit l'architecture de la structure (pavillonnaire, unités de vie...)?	Comme vu supra, l'organisation des soins via les plannings permet d'assurer une continuité des soins auprès des résidents, avec une difficulté pour respecter l'organisation cible s'agissant des IDE. En raison de l'absentéisme, les équipes ne sont pas stables et fait appel à un grand nombre de CDD. La nuit, la continuité des soins repose sur du personnel AS ou ASH. L'établissement ne bénéficie ni d'IDE présente physiquement la nuit, ni de dispositif d'astreinte IDE en libéral celui-ci ayant été clôturé par l'ARS IDF [REDACTED].		
3.8.1.4	Soins	Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ? Un(e) infirm(ér)ière d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ? Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?	Il n'y a pas de médecin coordonnateur en présentiel. Certaines des fonctions du MedCo sont assurées par un médecin en télécoordination à distance. En termes de coordination, la société [REDACTED] met à disposition de l'établissement un médecin télécoordonnateur à distance. Son rôle est focalisé sur la participation à des téléstaffs thématiques en visioconférence avec les équipes soignantes pour gérer le quotidien de la prise en soins (COPIL, poids et nutrition, troubles neuropsychiatriques, chutes et contentions, douleur et fin de vie et appui et prévention du risque infectieux), la connexion à distance aux dossiers médicaux des résidents, l'évaluation du niveau de dépendance et des besoins en soins requis des résidents (PATHOS), l'animation de formations en e-learning des équipes soignantes, les prises de contact avec les professionnels soignants externes et les familles des résidents. Toutes les missions nécessitant un médecin coordonnateur en présentiel ne sont pas mises en œuvre : admission, évaluation gériatrique clinique, échanges informels en se croisant dans l'établissement. D'après les entretiens, l'IDEC est très impliquée dans la coordination des équipes au quotidien, en étant présente sur le terrain. Elle assure également des mini-formations.	E28 : Le contrat entre la société [REDACTED] et l'EHPAD ne précise pas le temps de travail du médecin télé coordonnateur	D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)

N°ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			Elle attache de l'importance au renforcement de la communication entre l'ensemble des professionnels de l'EHPAD et avec les résidents et les familles. Le pharmacien n'intervient pas sur le site de l'EHPAD.		
3.8.2.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que l'organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et permet de mener à bien le projet de soins de la structure : évaluation des besoins, surveillance de l'état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments, rangement et archivage des dossiers des patients Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.2.1	Soins	Quels sont les différents supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste,...) entre les différents professionnels en charge des personnes accueillies ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP ...) ? Les professionnels ont-ils connaissance des protocoles et procédures de soins, d'appel d'un médecin ou du 15, de signalements, de prescription de contention ? Les plans de soins sont-ils individualisés et réévalués régulièrement ?	La traçabilité des soins s'effectue sur [REDACTED] Les professionnels libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes, orthophoniste) interviennent régulièrement dans l'EHPAD disposent tous d'un accès personnalisé à Netsoins et ils sont invités à tracer régulièrement sur l'outil. Les médecins traitants ont reçu une formation pour prescrire directement dans [REDACTED] Un cahier de transmissions papier pour chaque médecin traitant se trouve dans le bureau des médecins au rez-de-chaussée. D'après les entretiens, le MédCo insiste pourtant régulièrement pour que ses collègues libéraux tracent, et surtout prescrivent, dans [REDACTED] Le dernier MédCo (entretien téléphonique) a précisé que l'orthophoniste traçait systématiquement ses interventions dans [REDACTED] D'après les entretiens, les AS nouvellement arrivés peuvent se référer aux lutins de nursing placés dans chaque chariot de change dans chaque aile. L'IDEC et l'ID référente ont mis en place depuis 5 mois de nombreux protocoles de soins regroupés dans un classeur accessible dans chaque salle des transmissions et dans les postes de soins. Un certain nombre reste à élaborer.		L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)"

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			Les plans de soins sont individualisés.		
3.8.2.2	Soins	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées, ...) ?	La traçabilité des soins s'effectue sur [REDACTED] Les professionnels disposent, pour ce faire, de postes informatiques, un par étage en complément des deux situés dans les postes de soins ainsi que des deux tablettes reliées à Netsoins sur les chariots de distribution des médicaments (IDE). D'après l'entretien avec l'IDEC, des tablettes à destination des AS, une par binôme, sont en commande. Elles ont vocation à faciliter la traçabilité et les transmissions au fur et à mesure. La mission a pu vérifier certains dossiers de résidents et à titre d'exemple, a constaté la non réalisation de prescriptions, type ECBU. Il a également été constaté que des surveillances de pansements ne sont pas tracées.	E29 : La non-traçabilité et donc la potentielle non-réalisation des soins prévus dans les plans de soins porte atteinte à la sécurité des personnes et ne permet pas de s'assurer que la qualité de la prise en charge réponde aux besoins des résidents	L311-3 (3°) du CASF D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS
3.8.2.3	Soins	Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts ?	Les dates d'ouverture sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts.		
3.8.2.4	Soins	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	Six procédures relatives au circuit du médicament existent : - Procédure de réception des médicaments de la pharmacie, datée de janvier 2025 ; - Protocole de délégation des tâches IDE-AS et l'aide à la prise des médicaments, daté de janvier 2025 ; - Protocole d'administration des médicaments, daté de janvier 2025 ; - Protocole circuit du médicament, daté de janvier 2025 ; - Procédure de contrôle des dates de péremption des médicaments délivrés par la pharmacie, datée de janvier 2025 ; - Protocole de gestion des stupéfiants, daté de janvier 2025. Ces procédures insistent sur la nécessité de contrôle et de traçabilité à chaque étape du circuit.		R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) L311-3 1° CASF (sécurité du résident) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.5	Soins	La dispensation comprend-elle l'utilisation de l'original de la prescription, les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ? Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?	La dispensation des médicaments s'appuie sur la prescription transmise par courriel puis l'original papier est remis lors de la livraison, ou sur la prescription retranscrite dans [REDACTED] Les deux infirmières en poste le jour de la mission distribuaient les médicaments dans un étage en se référant à partir de la tablette informatique à disposition sur le chariot de distribution. Le plateau du chariot était totalement envahi par du matériel, des documents et des médicaments. Les médicaments individualisés auraient du être à disposition dans le chariot au niveau du casier nominatif dédié contenant les blisters préparés par [REDACTED] La distribution des médicaments se fait à l'aide de la tablette [REDACTED] indique pour chaque traitement ses effets indésirables, les éléments à surveiller et s'il peut être écrasé (selon les recommandations de l'[REDACTED])	R16 : Le stockage des médicaments sur le chariot de distribution est désorganisé	R5132-3 du CSP (modalités de prescription) L4332-1 CSP (acte psychomot sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.6	Soins	Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ? Quel est le pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé ? Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription (LAP) ? Les personnels habilités sont-ils formés à son utilisation ? Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées ? - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.	98,98% des prescriptions médicamenteuses sont réalisées et disponibles sur [REDACTED] et disponibles à l'impression avec la signature électronique pour disposer d'un classeur de prescription sur le chariot de distribution (pour un double contrôle ou en cas de panne informatique). Le pharmacien répond à ses obligations (R4235-48 CSP). Les médicaments, régimes et textures, hydratation, soins infirmiers et orthophonie sont bien prescrits su [REDACTED]		R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2è alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).
3.8.2.12	Soins	Le stock tampon est-il conforme et est-il contrôlé ?	Le stock tampon n'existait pas le jour de notre mission, Il était en attente de livraison par la pharmacie	E30 : L'absence de stock tampon ne permet de répondre à des besoins de soins prescrits en urgence, ce qui compromet la sécurité des résidents, et contrevient aux articles R5126-108 du CSP et L311-3 1° du CASF.	L5126-6 CSP R5126-108 CSP (stock tampon) et -109 (stock tampon dans rangements fermés à clé) CSP R4312-38 CSP (IDE vérifie prescription, dosage, péremption et mode d'emploi du médicament) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) Guide régional ARS Auvergne-Rhône-Alpes « Le circuit du médicament en EHPAD », septembre 2017 (p16) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.2.13	Soins	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	La mission a assisté à la distribution des médicaments par une IDE en salle à manger. Elle a constaté que l'IDE s'appuie sur la photographie présente dans [REDACTED] et sur le pilulier (si accord du résident) pour s'assurer de l'identification du résident. Elle vérifie également auprès du résident son nom et prénom.		R4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B
3.8.2.14	Soins	La préparation des médicaments est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Le jour de la visite, le poste de soins, les armoires de stockage des médicaments sont propres. La mission n'a pas connaissance d'une traçabilité de cet entretien. Pour les médicaments non blistérés, on en trouve sur le plateau du chariot, dans les casiers dédiés au résident et dans un tiroir en vrac à l'origine d'une distribution desdits-médicaments à partir d'une boîte nominative pour plusieurs résidents.	E31 : L'organisation des médicaments non blistérés ne garantit pas la sécurité de la distribution	Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	Soins	Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ? La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? Quelle est la fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ? Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ? Quel est le personnel impliqué ? personnel de la PUI ou l'IDE de l'ESSMS, personnel de l'officine (préparateurs en pharmacie sous la présence effective du pharmacien) dans les locaux de l'ESSMS, personnel de l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine ?	L'EHPAD transmet au pharmacien dispensateur la prescription via le logiciel [REDACTED]. En cas de modification de traitement, la transmission de l'information de ce changement est réalisée selon les mêmes modalités que celles utilisées pour la transmission des prescriptions. Le système de [REDACTED] utilisé est la solution semi-automatisée de piluliers hebdomadaires commercialisée par la société [REDACTED]. La préparation des médicaments en pilulier nominatif scellé est accomplie par le personnel pharmaceutique. Les livraisons sont effectuées chaque semaine pour une durée de 7 jours. L'IDEC, ou l'IDE, réceptionne les médicaments et réalise un contrôle qualitatif et quantitatif qu'il trace. Les traitements sont stockés dans les postes de soins accessibles aux médecins, IDE et IDEC, et permettant d'assurer leur bonne conservation et leur sécurité. Seuls les médicaments non blistérés sont préparés dans les postes de soins par les infirmiers de l'EHPAD.		R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI) Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.2.17	Soins	L'administration des médicaments est-elle réalisée au vu de la dernière prescription ? Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	Les chariots sont sécurisés.		L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament) R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins) R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)
3.8.2.18	Soins	Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Pour les spécialités sous forme multi doses la date d'ouverture et le nom du résident sont-ils consignés ?	Il existe une traçabilité de l'administration ou de la non administration. Cependant, elle n'est pas fiable n'étant pas toujours faite.	E32 : La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas faite de façon exhaustive	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)
3.8.2.20	Soins	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?	Une liste des médicaments écrasables est présente page 6 du « Guide IDE et vacataires IDE ». La date de mise à jour du document doit être renseignée. Toutefois, lors de la visite, l'IDE vacataire interrogée a indiqué ne pas avoir connaissance de cette liste ni même de la possibilité d'avoir l'information au niveau de la prescription sur [REDACTED], précisant qu'elle savait, par habitude, quels médicaments pouvaient être écrasés. Cette méconnaissance traduit une insuffisante diffusion ou appropriation des protocoles internes relatifs à la sécurisation de l'administration des médicaments. Il n'existe pas de protocole formalisé relatif au broyage des médicaments. En pratique, les IDE utilisent un broyeur automatique. Des gobelets et des rondelles permettent les uns de recueillir le médicament pendant l'opération, les autres d'empêcher que des particules de comprimés ne s'accumulent sur la tête de broyage et ne fassent courir le risque de contaminations ou d'interactions médicamenteuses croisées.	R17 : Lors de la distribution des médicaments, les IDE n'ont pas connaissance de la liste des médicaments pouvant être écrasés.	Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017 Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11 Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.2.22	Soins	Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ?	Dans le protocole de délégation des tâches et l'aide à la prise des médicaments transmise par l'EHPAD, il est précisé que celle-ci peut se faire par les IDE aux AS, ce qui est conforme à la réglementation. Il est indiqué que : « L'IDE est responsable de la supervision et vérifie la compréhension des consignes. L'IDE, l'IDEC ou le MEDEC sont responsables de la formation » D'après les entretiens, seuls les aides-soignants sont autorisés à réaliser l'aide à la prise mais ne réalisent jamais cet acte. La mission n'a pas connaissance d'une liste des aides-soignants en capacité d'assurer l'aide à la prise médicamenteuse. Des formations flash présentant le protocole de délégation d'administration des médicaments ont été dispensées à l'ensemble du personnel présent, les [REDACTED] professionnels ont signé les feuilles d'émargement et [REDACTED] professionnels ont refusé d'assister à ces formations. Il n'y a pas de liste des aides-soignants en capacité s'assurer l'acte d'aide à la prise. Cette organisation est susceptible d'entraîner des erreurs de distribution et d'entraîner des risques pour la santé des résidents.	R18 : Mettre en annexe du protocole de délégation des tâches et l'aide à la prise des médicaments la fiche complétée des délégations réalisée et en cours. E33 : L'EHPAD n'a pas établi de liste des aides-soignants en capacité d'assurer l'aide à la prise médicamenteuse. L'organisation actuelle est susceptible d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents	R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable) L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
3.8.2.23	Soins	Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ?	Pour la gestion des stupéfiants, un protocole spécifique de gestion des stupéfiants a été transmis (daté du [REDACTED]). Il fait le point sur la réglementation spécifique aux stupéfiants et sur les règles de prescription et de stockage à respecter. D'après l'entretien avec l'IDEC, elle est responsable, avec l'IDE référente, du contrôle mensuel des stupéfiants. L'EHPAD dispose d'un coffre à stupéfiants sécurisé situé dans un local adjacent au poste de soins. L'accès est		Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			protégé par une clé, elle-même sécurisée par un digicode, dont seuls les [REDACTED] connaissent le code. Un registre des stupéfiants est complété à chaque prise. Les prescriptions de stupéfiants sont regroupées dans le registre.		
3.8.2.24	Soins	Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur ? Une formation à l'usage des pompes à morphine est-elle dispensée (HAD)?	L'établissement dispose d'une procédure de prise en charge de la douleur, datant du [REDACTED]. Cette procédure aborde notamment la nécessité de recourir à un outil de repérage (échelles d'auto- et hétéro-évaluation). Elle aborde également le recours aux thérapies non médicamenteuses (TNM) et aux thérapies médicamenteuses. Elle prévoit la traçabilité sur Netsoins™. Elle précise également qu'une évaluation à l'admission doit être réalisée. En pratique, la mission a analysé la traçabilité des évaluations de la douleur dans [REDACTED]. Elle a retrouvé au moins une traçabilité de la douleur chez [REDACTED] présents. Or, tous les résidents auraient dû avoir au moins une évaluation. Des formations flash présentant la procédure de prise en charge de la douleur ont été dispensées à l'ensemble du personnel présent, les [REDACTED]. [REDACTED] professionnels ont signé les feuilles d'émargement et [REDACTED] professionnels ont refusé d'assister à ces formations. L'établissement dispose d'une procédure de prise en charge de la fin de vie et des modalités de recours aux soins palliatifs, datant du [REDACTED]. En 2024, [REDACTED] professionnels de l'EHPAD ont bénéficié d'une formation sur l'accompagnement en fin de vie, délivrée par IDEAGE Formation. Le plan prévisionnel de formation permettra la formation d'une [REDACTED] de professionnels en 2025. De nombreuses procédures et fiches pratiques sont à disposition des équipes soignantes. En pratique, les protocoles et procédures sont regroupés dans un classeur, accessible à tout salarié dans chaque salle	E34 : [REDACTED] n'ont aucune évaluation de la douleur tracée dans leur dossier [REDACTED], ce qui ne permet pas un repérage efficient de la douleur	L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.
3.8.2.25	Soins	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ?			L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017
3.8.2.26	Soins	Existe-t-il des protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'ESSMS ? et les conduites à tenir dans diverses situations : diabète, épilepsie, chutes...			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			des transmissions et dans les postes de soins. Certains sont également accessibles sous format dématérialisé, via le logiciel [REDACTED]		
3.8.3.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.3.1	Soins	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisée) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	Il existe deux postes de soins ou infirmerie pour l'EHPAD, situés au 2 ^e et 4 ^{ème} étage. Le poste de soins du 4 ^{ème} dispose d'un local dédié au matériel de soins. L'accès à ces deux pièces est sécurisé par badge, détenu par les [REDACTED] Les locaux sont propres. Toutefois, la mission a constaté sur la fiche mensuelle d'entretien que le ménage de l'infirmerie n'était pas quotidien (absence de ménage les 1, 8, 10, 12, 15, 16, 18, 21, 24, 25 et 26 février 2025) La préparation des chariots de distribution des médicaments et des pansements est faite dans le poste de soins.	R19 : Le ménage du poste de soins n'est pas réalisé quotidiennement	
3.8.3.2	Soins	Quels sont les équipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - instruments de mesure, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique),	Le poste de soins du 4 ^{ème} étage est équipé de bureaux avec un ordinateur, d'un chariot d'urgence, de cahiers et classeurs divers et de deux petits réfrigérateurs destinés à la conservation des médicaments et thérapeutiques nécessitant une température comprise entre 2 et 8°C. Pour garantir leur bonne conservation, un contrôle quotidien de la température est requis. Or, la mission a constaté une irrégularité dans ces contrôles au mois de février (absence de relevés les 12, 16, 18, 19, 22 et 23 février 2025). Par ailleurs, l'entretien des deux réfrigérateurs n'a pas été effectué au cours de ce même mois. Chaque étage dispose d'un verticalisateur et d'un lève-malade.	E 35 : L'absence de traçabilité du contrôle quotidien de la température et de l'entretien des réfrigérateurs du poste de soins du 4 ^{ème} étage dédiés à la conservation des médicaments thermosensibles, en ne permettant pas de garantir le respect de la chaîne du froid, contrevient à la	L.311-3 1° du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				sécurité des résidents.	
3.8.3.3	Soins	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ? Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?	L'accès aux postes de soins est sécurisé par badge. Les tablettes sur les chariots de distribution des médicaments sont équipées d'antivols.		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
3.8.3.4	Soins	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Le stockage des médicaments est effectué dans les postes de soins, dans une armoire et dans les chariots de distribution des médicaments. L'armoire à médicaments est fermée à clé et les chariots de distribution se verrouillent par volet roulant à code. Les piluliers de chaque résident, livrés par l'officine pour 7 jours, sont suspendus dans le poste de soins. D'après les entretiens, seuls les [REDACTED] y ont accès. Des bacs positionnés dans des tiroirs des chariots de distribution, indiquant le nom et le numéro de chambre des résidents, permettent de gérer les traitements individuels hors piluliers. Il existe par ailleurs des stocks spécifiques pour les médicaments volumineux dans des boîtes nominatives dans l'armoire du poste de soins.		L311-3 CASF L5126-6 (PUI) R5126-108 (PUI-méd délivrés en urgence) R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13° CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détection et stockage)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.3.8	Soins	Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il : - scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracœurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils : - stockés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié	L'établissement dispose d'un chariot d'urgence complet qui est vérifié régulièrement de façon tracée par [REDACTED] le dernier contrôle date du [REDACTED]. Le système d'aspiration est vérifié. Le chariot d'urgence ne dispose pas d'obus d'oxygène. Le chariot est scellé avec un numéro de scellé. Il existe une procédure d'utilisation du chariot d'urgence médicale dans le classeur des procédures. Enfin, le chariot n'est pas accessible à tous (dans le poste de soins avec les chariots de pansements et de médicaments)	E36 : Le chariot d'urgence n'est pas accessible à l'ensemble du personnel, ce qui représente un risque pour les résidents et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)
3.8.3.9	Soins	Est-il : - installé dans un emplacement visible du public - installé dans un endroit en permanence facile d'accès - accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires - en état de fonctionnement ?	Le chariot d'urgence est situé dans le poste de soins du 4^{ème} étage, accessible [REDACTED]. Il n'est pas installé dans un emplacement visible du public. Aucune signalétique n'est présente pour identifier où se trouve le chariot d'urgence. Deux défibrillateurs automatisés externes (DAE) se trouvent dans l'EHPAD, dans le hall commun au rez-de-chaussée et sur le chariot d'urgence.		décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 loi du n°2018-527 du 28 juin 2018 Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)
3.8.4.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Éthique			
3.8.4.1	Soins	Qui contribue à l'élaboration du projet de soins individualisé ? À son suivi ? À quelle fréquence ? Sur quoi porte-t-il ?	Il existe une organisation permettant l'élaboration et la révision des projets individuels de vie et de soins. Des réunions permettant d'examiner le dossier individuel de deux ou trois résidents sont organisées le mardi, toutes les deux semaines. Elles associent : [REDACTED] Dans le dossier [REDACTED] des résidents, le projet de soins est décliné sous forme de plan de soins.		L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) D311 du CASF (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne) D312-158, 6° du CASF (évaluation gériatrique à l'entrée du résident) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.4.3	Soins	Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ? Où sont-ils stockés ? Tous les soignants y ont accès 24h/24 ?	Chaque résident bénéficie d'un DLU imprimable à partir du logiciel [REDACTED] La procédure « Circuit d'alerte en cas d'urgence » transmise à la mission concerne les professionnels travaillant de 21 heures à 7h30.	E37: La procédure « Circuit d'alerte en cas d'urgence » actuellement en vigueur s'applique uniquement aux professionnels travaillant la nuit.	L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

Éléments complémentaires

L'établissement Résidence La Chesnaye est particulièrement suivi depuis plusieurs mois par la DDARS et le CD à la suite d'alertes émanant notamment [REDACTED] signalant des événements indésirables très préoccupants liés aux soins et non déclarés aux ATC.

D'autre part, la directrice de l'établissement a manifesté un besoin d'accompagnement dans le cadre d'un climat relationnel très dégradé au sein de l'EHPAD.

L'inspection ayant eu lieu sur site le 27 février dernier a permis d'objectiver les difficultés notamment en termes de suivi et de qualité de la prise en charge, constats qui ont été confortés par l'étude des dossiers de soins révélant un défaut récurrent de suivi des prescriptions médicales et une mauvaise utilisation du logiciel [REDACTED] destiné à garantir la continuité et la sécurité des soins.

Cette inspection a fait apparaître des dysfonctionnements affectant de façon urgente la santé, la sécurité, ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies :

- l'absence de médecin coordonnateur sur place dans un contexte où une coordination médicale est particulièrement attendue ne garantit pas une prise en charge des résidents sécurisée ;
- une équipe infirmière fragilisée (un seul infirmier « fixe » selon les entretiens tenus lors de l'inspection) et une continuité des plannings reposant sur des personnels vacataires, ne permettant pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents ;
- l'examen de certains dossiers de soins confirme un défaut récurrent de suivi des prescriptions médicales ;
- la mauvaise utilisation ou l'utilisation aléatoire du logiciel [REDACTED] destiné à garantir la continuité et la sécurité des soins a des conséquences sur la traçabilité, sur la bonne identification et application des prescriptions ;
- le climat relationnel très dégradé au sein de l'EHPAD a pour conséquence le refus d'une partie des professionnels de participer :
 - à des formations nécessaires à la bonne prise en charge des résidents ;
 - à certaines réunions et groupes de travail également nécessaires à la continuité de la prise en charge ;
 - à la prise en compte de certaines procédures.
- l'absence de déclaration des événements indésirables liés aux soins aux autorités de tarification et de contrôle (ATC).

Face à ces constats, une mesure d'urgence de suspension partielle de l'activité de l'EHPAD Résidence La Chesnaye a été prise sous forme d'un arrêté conjoint ARS/CD. En conséquence l'accueil de tout nouveau résident est suspendu pendant une durée maximale de 6 mois à compter du 24 mars 2025.

Cette mesure vise à sécuriser l'accueil des résidents actuels. Ainsi, la direction de la structure devra engager, pour ce faire, les mesures nécessaires afin de mettre immédiatement fin aux dysfonctionnements urgents mentionnés précédemment.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission	Référence
E1	L'absence de projet de service spécifique au PASA contrevient au CASF	Art. D312-155-0-1 (PASA).
E2	Le règlement de fonctionnement ne contient pas toutes les dispositions obligatoires prévues dans le CASF.	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
E3	Le projet d'établissement ne comprend pas le projet de soins, le volet bientraitance et prévention maltraitance et l'évaluation du projet avec des indicateurs	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public)
E4	La fiche de poste nominative de l'IDEC datée et signée n'a pas été transmise	L1221-1 et L1221-3 du Code du travail L311-3 et L312-1 CASF
E5	Il n'existe plus de Médecin coordinateur salarié depuis le [REDACTED]	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
E6	Le diplôme ou l'attestation de diplôme du médecin coordonnateur de [REDACTED] n'a pas été joint au contrat signé avec l'entreprise de télémédecine.	L313-23-4 du CASF D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
E7	Il existe un défaut d'affichage de certains documents et d'autres affichés nécessitent une mise à jour	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)
E8	Le document de composition du CVS n'est pas à jour. Le règlement intérieur du CVS n'est pas daté ni signé	D311-3 à D311-32-1 CASF
E19	Les EI n'ont pas été présentés en CVS en 2024.	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)
E10	Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression. Il y a une absence de documentation sur la protection du salarié témoignant d'actes de maltraitance.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) / L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS
E11	Il n'existe pas de culture de déclaration des EI au sein de la structure	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF / Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
E12	Le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) est manquant	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF
E13	Il manque [REDACTED] ETP d'AS/AES/AMP pour assurer une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents	alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF
E14	L'établissement par son effectif instable met en jeu la continuité et la qualité de la PEC et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 3° du CASF.	L. 311-3 3° du CASF
E15	Le plan de formation pour l'ensemble des professionnels n'est pas formalisé notamment sur la thématique de la bientraitance (L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels), L119-1 CASF (Définition maltraitance))	L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels), L119-1 CASF (Définition maltraitance)
E16	Les compétences réglementaires des professionnels auprès des résidents ne sont pas respectées	L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES).
E17	L'absence de de tenue du registre des entrées et sorties contrevient au CASF	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)

E18	Des données médicales individuelles sont accessibles au personnel administratif non soumis au secret médical, ce qui contrevient à l'article L.1110-4 du CSP	R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
E19	Le système d'appel-malade est hors-service	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident)
E20	Le contrat de télé coordination ne prévoit pas de sollicitation du médecin coordonnateur lors de l'admission des résidents, ce qui contrevient au CASF	articles D312-158 2° CASF (missions du MedCo) D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)
E21	Les PAI ne sont pas réactualisés et ne sont pas systématiquement co construits avec le résident et/ou la famille	L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI).
E22	Tous les médecins traitants n'ont pas signé un contrat avec l'EHPAD, ce qui contrevient à l'art. D313-30-1 CASF	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)
E23	La personne de confiance n'est pas mentionnée dans le règlement de fonctionnement ou dans le projet d'établissement.	L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP
E24	L'absence de programme d'animation spécifique à l'UVP contrevient aux dispositions du CASF	L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance) articles L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité+consentement) et D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation).
E25	L'absence de traçabilité de la distribution des compléments nutritionnels oraux dans Netsoins, en ne permettant pas de garantir la prévention de la dénutrition, contrevient à une prise en charge de qualité des résidents.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
E26	La prise de poids n'est pas transcrite mensuellement	D312-155-0 2° CASF (actions de prévention)/ doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 /HAS reco 10 novembre 2021
E27	Un infirmier en fonction dans l'établissement n'est pas inscrit à l'ordre, ce qui contrevient à l'article L. 4311-15 du CSP et constitue un exercice illégal de la profession d'infirmier.	L312-1 II 4° alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
E28	Le contrat entre la société [REDACTED] et l'EHPAD ne précise pas le temps de travail du médecin télé coordonnateur	D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco)
E29	La non-traçabilité et donc la potentielle non-réalisation des soins prévus dans les plans de soins porte atteinte à la sécurité des personnes et ne permet pas de s'assurer que la qualité de la prise en charge réponde aux besoins des résidents	L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)
E30	L'absence de stock tampon ne permet de répondre à des besoins de soins prescrits en urgence, ce qui compromet la sécurité des résidents	R5126-108 du CSP et L311-3 1° du CASF
E31	L'organisation des médicaments non blistérissables ne garantit pas la sécurité de la distribution	Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
E32	La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas faite de façon exhaustive	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L. 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)
E33	L'EHPAD n'a pas établi de liste des aides-soignants en capacité d'assurer l'aide à la prise médicamenteuse. L'organisation actuelle est susceptible d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents	R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable)

E34	■ résidents sur ■ ce qui ne permet pas un repérage efficient de la douleur	L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
E35	L'absence de traçabilité du contrôle quotidien de la température et de l'entretien des réfrigérateurs du poste de soins du 4ème étage dédiés à la conservation des médicaments thermosensibles, ne permet pas de garantir le respect de la chaîne du froid	L110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier)
E36	Le chariot d'urgence n'est pas accessible à l'ensemble du personnel, ce qui représente un risque pour les résidents	L.311-3 1° du CASF
E37	La procédure « Circuit d'alerte en cas d'urgence » actuellement en vigueur s'applique uniquement aux professionnels travaillant la nuit	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

Remarques

N°	Liste des remarques relevés par la mission
R1	Une actualisation de l'organigramme est nécessaire
R2	Il n'existe pas d'enquête de satisfaction auprès des professionnels
R3	L'EHPAD emploie un nombre très important de personnels en CDD (+50 % des effectifs salariés), ce qui traduit et entretient la fragilité des équipes en place
R4	La conservation des extraits de casiers judiciaires contrevient aux recommandations de la CNIL
R5	Les contrats avec les professionnels et prestataires externes ne précisent pas la date d'effet et les conditions de renouvellement
R6	Les plannings ne sont pas cohérents ni lisibles
R7	Les professionnels (notamment les vacataires) ne sont pas identifiables par les résidents et leurs proches
R8	Le taux de vétusté est supérieur à la cible
R9	Le suivi des réparations et petits travaux quotidiens n'est pas formalisé dans une procédure
R10	Les risques de troubles squeletto-musculaires ne sont pas suffisamment pris en compte
R11	La liste nominative des médecins traitants des résidents n'est pas à jour
R12	Tous les professionnels ne peuvent pas assister aux transmissions en raison de leurs horaires
R13	Les enquêtes de satisfaction ne font pas l'objet d'une analyse et appréciation globale pour être correctement exploitées
R14	La procédure relative à l'organisation des repas n'est pas à jour
R15	Le protocole de gestion de l'incontinence nécessite d'être complété
R16	Le stockage des médicaments sur le chariot de distribution est désorganisé
R17	Lors de la distribution des médicaments, les IDE n'ont pas connaissance de la liste des médicaments pouvant être écrasés
R18	Il manque en annexe du protocole de délégation des tâches et aide à la prise des médicaments, la fiche complétée des délégations réalisée et en cours
R19	Le ménage du poste de soins n'est pas réalisé quotidiennement

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence La Chesnaye a été réalisé le 27 février 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
- Prises en charge
 - o Respect du droit des personnes
- Fonctions support
 - o Bâtiments, espaces extérieurs et équipement/ entretien des locaux

Elle a également relevé des dysfonctionnements majeurs en matière de :

- Gouvernance :
 - o Management et Stratégie
 - o Gestion des risques et de la qualité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Soins
 - o Vie quotidienne. Hébergement
- Fonctions support
 - o Gestion des RH

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et la directrice de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Nanterre, le 28/03/2025

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale	Docteur Désignée en qualité d'inspectrice par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé
Inspectrice de l'Agence régionale de santé	Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS Conseil Départemental des Hauts-de-Seine
Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS Conseil Départemental des Hauts-de-Seine.	

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
Covid : Corona Virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP: « *Hazard Analysis Critical Control Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

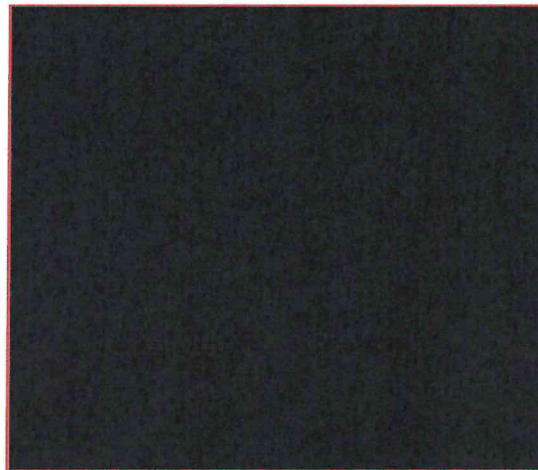
Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale des Hauts-de-Seine
Agence régionale de santé Île de France

[Redacted text]



Nanterre, le 14 février 2025

Mesdames,

Dans le cadre du programme régional d'inspection et de contrôle 2025 de l'Agence régionale de santé Île-de-France (PRIC), nous vous informons que l'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes « *Résidence La Chesnaye* » (EHPAD), situé au 25 Route des fusillés de la Résistance à Suresnes (92150) a été retenu pour faire l'objet d'une mission d'inspection conjointement par l'ARS et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Fondée sur les articles L. 313-13-V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), cette mission aura notamment pour objectif de vérifier les modalités de fonctionnement de cet établissement, sa politique de ressources humaines, sa gestion des risques ainsi que la qualité de la prise en charge en soin de ses résidents.

La mission comprendra pour sa composante ARS :

[Redacted text]

Pour sa composante Conseil Départemental des Hauts de Seine de :

[Redacted text]

Cette inspection s'effectuera de façon inopinée à compter du 27 février 2025.

Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement conformément à l'article L. 1421-3 du code de

61/65

la santé publique. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

Un rapport 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.

Toutefois, si les constats qui seront faits 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.

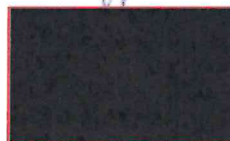
Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Directeur Général
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France,
Le directeur de la délégation départementale des
Hauts-de-Seine



Pour le Président du Conseil départemental
des Hauts-de-Seine, et par délégation,
la Directrice de l'Autonomie



Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis



2025
EHPAD La Chesnaye

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission en 3 exemplaires

Documents à remettre immédiatement en 3 exemplaires :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie papier et Clef USB	O/N
A	Liste nominative des résidents par étage admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique et domicile de secours (si possible format EXCEL et non pdf).	1 copie papier + clef USB ou Bluefiles	
B	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires.	1 copie papier + clef USB ou Bluefiles	

Documents à remettre avant 10 H 30 ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur Clef USB ou consultation	O/N
C	Liste nominative de l'ensemble des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (précisant si CDI/CDD, stagiaires, libéraux) avec leur fonction, affectation et date de recrutement (format EXCEL et non pdf) et liste des bénévoles intervenants dans l'EHPAD	copie papier + clef USB ou Bluefiles	
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD indiquant le temps de travail des salariés, les liens hiérarchiques et fonctionnels	copie papier + clef USB ou Bluefiles	
E	Un plan des locaux	copie papier + clef USB ou Bluefiles	
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	copie papier + clef USB ou Bluefiles	
G	Liste des résidents sortis (avec motifs) durant l'année 2024	copie papier + clef USB ou Bluefiles	
H	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration ; - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre) (N et N-1).	copie papier + clef USB ou Bluefiles	

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur CLEF USB ou consultati on	O/N
I- La gestion des ressources humaines : état des effectifs, turn-over, formations, climat social			
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail, DUD du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin(s) prescripteur(s), de l'IDEC et des IDE, inscription à l'ordre des professionnels de santé		
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD		
3	Enquête satisfaction 2023, 2024 du personnel	clef USB /Bluefiles	
4	Fiche de poste et/ou lettre de mission : MEDEC, IDEC, IDE, médecin(s) prescripteur(s), AS qualifications, diplôme et contrat de travail et inscription à l'ordre	clef USB /Bluefiles	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	clef USB /Bluefiles	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	clef USB /Bluefiles	
7	Calendrier des astreintes Direction, médical et soignant depuis janvier 2024	clef USB / Bluefiles	
8	CR des réunions d'équipes des 3 derniers mois : CODIR, réunions de synthèse, réunion de commission d'admission	clef USB / Bluefiles	
9	Projet d'établissement	clef USB /Bluefiles	
10	Règlement de fonctionnement	clef USB /Bluefiles	
11	Plan bleu	clef USB /Bluefiles	
12	Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés des mois de mai, août et décembre 2024 et janvier 2025 + planning prévisionnel de février et mars 2025 (Précision de la légende des sigles utilisés et des codes couleurs)	clef USB /Bluefiles	
13	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N et N+1, attestations des formations suivies	clef USB /Bluefiles	
14	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	clef USB /Bluefiles	
15	Les fiches de délégation de tâches	clef USB /Bluefiles	
16	Livret et procédure d'accueil des nouveaux salariés	clef USB /Bluefiles	
17	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)	clef USB /Bluefiles	
	Dossiers RH des salariés 8 dossiers	Consultation	
	Registre/cahier des délégués du personnel	Consultation	
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance			
18	Enquête satisfaction 2023, 2024 des résidents	clef USB /Bluefiles	
19	Composition des différentes instances de l'EHPAD (CVS, CODIR, CA...)	clef USB /Bluefiles	
20	Livret et procédure d'accueil des nouveaux résidents	clef USB /Bluefiles	
21	Contrat de séjour vierge		
22	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PMI	clef USB /Bluefiles	
23	CR des réunions des CVS 2024 et 2025 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	clef USB /Bluefiles	
24	Règlement intérieur du CVS	clef USB /Bluefiles	

25	Programme d'animation de la semaine en cours	clef USB /Bluefiles	
26	Projet d'animation de l'année 2025 et bilan de l'année 2024 (à défaut, bilan de l'année 2023)	clef USB /Bluefiles	
27	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée (en format Excel)	clef USB /Bluefiles	
28	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2024 en format Excel)	clef USB /Bluefiles	
29	Procès-verbal de la dernière visite de la Commission communale de sécurité	clef USB /Bluefiles	
	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles et modalités de traitement	Consultation	
	Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques	Consultation	
	8 dossiers des résidents	Consultation	
	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge soignante			
30	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse : - Procédure d'évaluation de l'autonomie du résident par rapport à sa prise en charge médicamenteuse (identification des patients à risques) ; - Procédure de gestion des médicaments dans les services (vérification des péremptions, détention des médicaments thermosensibles) ; - Procédure d'administration des médicaments et formalisation des délégations de tâches entre IDE/AS	clef USB /Bluefiles	
31	Liste nominative des médecins traitants des résidents	clef USB /Bluefiles	
32	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	clef USB /Bluefiles	
33	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les services de psychiatrie, etc.	clef USB /Bluefiles	
34	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	clef USB /Bluefiles	
35	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions des deux dernières années	clef USB /Bluefiles	
36	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et le détail de certains protocoles : admission, chute, douleur, pansements, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	clef USB /Bluefiles	
37	Récapitulatif des chutes des 18 derniers mois, commission chutes et CR	clef USB /Bluefiles	
38	Tableau de suivi des poids/IMC des résidents pour les 18 derniers mois	clef USB /Bluefiles	
39	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	clef USB /Bluefiles	