

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Conseil départemental du Val-de-Marne**

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Résidence Simone VEIL
10 Rue Bourgelat, 94700 Maisons-Alfort
N° FINESS 940816432**

RAPPORT D'INSPECTION

Visite de contrôle

2025_IDF_00006

Contrôle sur site le jeudi 23 janvier 2025

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France (ARS IDF), infirmière chargée d'inspection, IRAS-ARS IDF, coordinatrice de la mission ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS-ARS IDF

Accompagnée par :

- Madame [REDACTED], chargée de suivi et de contrôle des ESSMS pour personnes âgées-Direction de l'autonomie-service de l'offre médico-Sociale-Conseil départemental du Val-de-Marne, désignée par le Président du département.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	9
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	9
1.1.1. Les conditions d'autorisation	9
1.1.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	9
1.1.3. La population accueillie	9
1.2. Management et Stratégie	10
1.2.1. Le règlement de fonctionnement : existence, contenu et diffusion	10
1.2.2. Le projet d'établissement : existence, contenu et diffusion	10
1.2.3. Le plan bleu	11
1.2.4. L'organigramme	11
1.2.5. Les CODIR / COMEX / COPIL	12
1.2.6. Les conflits entre direction et salariés	12
1.2.7. Les relations Directeur/Gestionnaire	12
1.2.8. Le directeur : contrat et prise de poste	12
1.2.9. Les astreintes administratives et techniques	13
1.2.10. La présence et le remplacement de la direction	13
1.2.11. Les délégations de signatures	14
1.2.12. Les subdélégations du directeur	14
1.2.13. L'IDEC	14
1.2.14. Le MédCo : temps de présence	14
1.2.15. Les affichages	15
1.3. Animation et fonctionnement des instances	15
1.3.1. Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	15
1.3.2. Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	16
1.4. Gestion de la qualité	16
1.4.1. Les professionnels référents et le responsable qualité	16
1.4.2. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	17
1.4.3. L'évaluation et l'auto-évaluation	17
1.4.4. La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	17
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	18
1.5.2. La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	18
1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI/EIG	19
1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	20
2. Fonctions support	21
2.1. Gestion des ressources humaines	21
2.1.1. Les effectifs professionnels	21
2.1.2. Les contrats de travail	23
2.1.3. Le taux d'absentéisme	24
2.1.4. Le plan de formation des professionnels	24
2.1.5. Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	25
2.1.6. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et le questionnaire éthique	25
2.1.7. Les plannings des professionnels : confection	26
2.1.8. Les plannings des professionnels : organisation	26
2.1.9. Les fiches de poste des professionnels et glissement de tâches	28
2.1.10. La gestion des absences prévues et imprévues	30
2.2. Gestion d'information	31
2.2.1. Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	31
2.2.2. Le registre des entrées et sorties des résidents	31
2.2.3. Les dossiers administratifs des résidents	31
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	32
2.3.1. L'état général du bâtiment	32
2.3.2. Les locaux de la cuisine	33
2.3.3. Le suivi des réparations et carnet sanitaire	33
2.4. Sécurités	35
2.4.1. Les déchets ménagers (DAOM)	35
2.4.2. Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)	35
2.4.3. Le système d'appel malade	35

3. Prises en charge	37
3.1. Organisation charge de l'admission à la sortie	37
3.1.1. L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	37
3.2. Vie sociale et relationnelle	38
3.2.1. L'animation	38
3.3. Vie quotidienne. Hébergement	39
3.3.1. L'alimentation	39
3.3.2. La détection des troubles de la déglutition	39
3.3.3. Les régimes, les textures	39
3.3.4. L'organisation des repas	39
3.3.5. L'aide aux repas	41
3.3.6. Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition	41
3.3.7. Les besoins en protections de recueil d'excréta	41
3.3.8. Le circuit du linge	41
3.4. Soins : L'organisation de la continuité des soins	42
3.4.1. L'organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	42
3.5. Soins : Les moyens pour la prise en soin	43
3.5.1. Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	43
3.5.2. Le chariot d'urgence	43
3.5.3. Le défibrillateur automatique externe (DAE)	44
3.5.4. Les procédures et protocoles de soins	45
3.6. Soins : Le circuit du médicament	46
3.6.1. Les procédures du circuit du médicament	46
3.6.2. Les prescriptions médicales	46
3.6.3. Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie	46
3.6.4. La liste préférentielle de médicaments (LPM)	46
3.6.5. Le stock de médicament pour besoins urgents	46
3.6.6. Les stupéfiants	47
3.6.7. La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie	47
3.6.8. La préparation des médicaments	47
3.6.9. La préparation des médicaments hors piluliers	48
3.6.10. Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	48
3.6.11. La délégation par l'IDE de l'administration des médicaments	49
3.6.12. L'identitovigilance des résidents	50
3.6.13. La traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration	50
4. Relations avec l'extérieur	51
4.1. Coordination avec les autres secteurs	51
4.1.1. La/les convention(s) avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	51
4.1.2. Convention avec un centre hospitalier	51
4.1.3. Convention avec un centre d'ophtalmologie	51
4.1.4. Convention avec un laboratoire d'analyses médicales	52
4.1.5. Convention avec un infirmier mobile d'hygiène	52
4.1.6. Convention avec un service d'astreintes infirmières	52
4.1.7. Protocole de coopération avec SOS médecin	52
4.1.8. Convention de partenariat avec d'autres ESSMS	52
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	53
5.1. Écarts	53
5.2. Remarques	55
6. Conclusion	58
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	60
8. Annexes	61
Annexe I Lettre de mission des agents chargés du contrôle	61
Annexe II Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	63
Annexe III Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	65

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Une inspection a eu lieu, au sein de l'EHPAD Résidence Simone VEIL de Maisons-Alfort (94), le 16 février 2023. Un courrier de notification d'une injonction, de neuf prescriptions et d'onze recommandations a été transmis à l'inspecté le 8 janvier 2024. Aucun élément probant n'a été adressé aux autorités de contrôle et de tarification au terme des délais fixés pour la mise en œuvre de ces mesures.

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans la suite de l'inspection précitée afin de vérifier la mise en place des mesures.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et le conseil départemental.

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

Le périmètre de ce contrôle a porté, notamment, sur les thématiques traitées dans la lettre de décisions du 8 janvier 2025 qui sont les suivantes :

- Gouvernance :
 - L'organisation de l'amélioration continue de la qualité ;
 - Le plan bleu ;
 - Le projet d'établissement ;
 - La déclaration et la gestion des événements indésirables ;
 - L'affichage obligatoire.
- Fonction support
 - Le taux d'encadrement des résidents ;
 - L'hygiène des locaux ;
 - L'alimentation et les troubles de la déglutition.
- La prise en charge
 - Les projets individualisés d'accompagnement ;
 - Le circuit du médicament.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf conclusion

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et/ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Dans ce cadre, une inspection a eu lieu, au sein de l'EHPAD Résidence Simone VEIL de Maisons-Alfort (94), le 16 février 2023. Un courrier de notification d'une injonction, de neuf prescriptions et d'onze recommandations a été transmis à l'inspecté le 8 janvier 2024. Aucun élément probant n'a été adressé aux autorités de contrôle et de tarification au terme des délais fixés pour la mise en œuvre de ces mesures.

Ce présent contrôle, 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 de la mise en œuvre des mesures.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le jeudi 23 janvier 2025, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

Le périmètre de ce contrôle a porté, notamment, sur les thématiques traitées dans la lettre de décisions du 8 janvier 2025, à savoir :

- Gouvernance :
 - L'organisation de l'amélioration continue de la qualité ;
 - Le plan bleu ;
 - Le projet d'établissement ;
 - La déclaration et la gestion des événements indésirables ;
 - L'affichage obligatoire.
- Fonction support
 - Le taux d'encadrement des résidents ;
 - L'hygiène des locaux ;
 - L'alimentation et les troubles de la déglutition.
- La prise en charge
 - Les projets individualisés d'accompagnement ;
 - Le circuit du médicament.

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

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

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

Constats

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

La présentation du rapport d'inspection permet :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- Les constats réalisés lors de cette inspection du 23 janvier 2025 [REDACTED]
[REDACTED]

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025																
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Les conditions d'autorisation</u>	<p>Lors de l'inspection, la mission a appris [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Écart 1 : En ne respectant pas l'obligation d'information de tout changement d'activité aux autorités compétentes, l'organisme gestionnaire méconnaît ses obligations réglementaires et contrevient aux dispositions de l'article L313-1 ² du CASF.</p>																
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u>	<p>Au jour de l'inspection, l'établissement n'a pas signé de CPOM.</p> <p>Les négociations sont toujours en cours.</p>																
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>La population accueillie</u>	<p>Au regard du RAMA 2024, au 31/12/24, la population de la résidence Simone Veil correspond à une majorité de femmes (67 %), très âgées (en moyenne 89 ans).</p> <p><u>Document 1 : Copie du RAMA 2024</u></p> <table><tr><th>Population accueillie</th><th>Femmes</th><th>Hommes</th><th>Total</th></tr><tr><td>Nombre de résidents</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Âge moyen</td><td>[REDACTED] ans</td><td>[REDACTED] ans</td><td>[REDACTED] ans</td></tr><tr><td>Durée médiane de séjour</td><td>[REDACTED] jours</td><td>[REDACTED] jours</td><td>[REDACTED] jours</td></tr></table> <p>La répartition en GIR des résidents est conforme à l'article D313-15 CASF (Cf. Introduction-Présentation de l'établissement)</p>	Population accueillie	Femmes	Hommes	Total	Nombre de résidents	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Âge moyen	[REDACTED] ans	[REDACTED] ans	[REDACTED] ans	Durée médiane de séjour	[REDACTED] jours	[REDACTED] jours	[REDACTED] jours
Population accueillie	Femmes	Hommes	Total															
Nombre de résidents	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]															
Âge moyen	[REDACTED] ans	[REDACTED] ans	[REDACTED] ans															
Durée médiane de séjour	[REDACTED] jours	[REDACTED] jours	[REDACTED] jours															

² Article L313-1 du CASF :
II.-Au moins deux mois avant sa mise en œuvre, tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement, d'un service ou d'un lieu de vie et d'accueil soumis à autorisation est déclaré à l'autorité compétente ayant délivré l'autorisation. Celle-ci peut faire opposition dans un délai de deux mois à compter de la déclaration par une décision motivée, s'il apparaît que le changement envisagé méconnaît les dispositions du présent code, ne respecte pas les conditions de l'autorisation mentionnées à l'article L. 313-4 ou présente des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ou le respect de leurs droits.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.2 Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement : existence, contenu et diffusion</u>	<p>La mission a constaté l'affichage du règlement de fonctionnement lors de la visite de l'établissement. Ce document est cependant obsolète puisque daté de 2019 avec une viabilité maximum de 5 ans.</p> <p>Écart 2 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été révisé depuis 2019 ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-33 ³ du CASF.</p> <p>Le livret d'accueil n'est pas daté et présente la signature d'un ancien directeur.</p> <p>Remarque 1 : Le livret d'accueil transmis contient le nom de l'ancien directeur de l'EHPAD.</p>
1.2 Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement : existence, contenu et diffusion</u>	<p>Le projet 2023-2028 transmis est en réalité une maquette rédactionnelle fournie par l'organisme gestionnaire qui n'est pas complétée par l'établissement.</p> <p>Il ne peut être considéré comme un document finalisé, des informations concrètes et essentielles sont manquantes. De nombreuses pages sont vides ou incomplètes et font référence à des parties à compléter, ce qui témoigne de son caractère inachevé.</p> <p>Ainsi, ce document ne peut être utilisé comme un document officiel définissant les orientations et le cadre stratégique de l'établissement.</p> <p>Au jour de l'inspection l'établissement n'a pas encore établi de retroplanning de concertation et de rédaction du projet d'établissement.</p> <p>De plus, la mission rappelle que les textes régissant le contenu du projet d'établissement ont été modifiés en 2024 et devront être pris en compte pour la rédaction du rapport.</p> <p>Écart 3 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 ⁴ du CASF.</p>

³ Article R311-33 du CASF :
Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation instituées en application de l'article L. 311-6.
Il est modifié selon une périodicité qu'il prévoit. Celle-ci ne peut être supérieure à cinq ans.

⁴ Article L311-8 du CASF :
Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.3. <u>Le plan bleu</u>	<p>L'établissement a transmis le plan bleu 2024, il comprend 10 annexes dont une liée à l'isolement covid (N°6).</p> <p>Le document est principalement focalisé sur le risque de canicule et précise les mesures à adopter entre le 1er juin et le 31 août. Il ne traite ni de la préparation ni de la réponse du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles.</p> <p>De plus, aucune disposition n'y est mentionnée concernant la gestion de la défaillance électrique en ESMS.</p> <p>Tel que rédigé ce plan bleu n'est pas opérationnel et ne répond pas à la réglementation qui a été modifiée en 2024.</p> <p>Écart 4 : En l'état, le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation en vigueur, notamment il ne mentionne pas les modalités d'organisation et de déploiement adaptées à chacun des 5 plans de réponses du dispositif ORSAN, ce qui contrevient aux dispositions des articles R311-38-1 ⁵ du CASF et R3131-4 ⁶ du CSP.</p>
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.4. <u>L'organigramme</u>	<p>L'établissement a transmis un organigramme mis à jour après la visite d'inspection en ce qui concerne les noms et fonctions des professionnels.</p> <p>Remarque 2 : L'organigramme ne mentionne pas les ETP des professionnels.</p>

⁵ R311-38-1 du CASF :

I.-Le plan mentionné au second alinéa de l'article L. 311-8, intitulé " Plan bleu ", prend en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif " ORSAN " définis à l'article R. 3131-4 du code de la santé publique.

I.-Le plan mentionné au I contient notamment :

1° Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;

2° Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;

3° Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;

4° Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;

5° Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif " ORSAN " ;

6° Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel mentionné au 2° de l'article R. 3131-4 du code de la santé publique.

III.-Le plan mentionné au I est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation instituées en application de l'article L. 311-6 du présent code.

IV.-Le plan mentionné au I est transmis au préfet du département, au directeur général de l'agence régionale de santé et au service d'aide médicale urgente (SAMU) territorialement compétent.

V.-Le plan mentionné au I est évalué, notamment sur la base d'exercices, et est révisé chaque année. Son évaluation et sa révision font l'objet d'une présentation aux instances compétentes des établissements sociaux et médico-sociaux.

⁶ Article R3131-4 du CASF :

Le dispositif " ORSAN " mentionné à l'article L. 3131-11 organise la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles. A cette fin, il comprend notamment :

1° Des plans de réponse organisant, en fonction de la nature de la situation sanitaire exceptionnelle, la mobilisation, de façon coordonnée, des structures de soins, des professionnels de santé et des moyens et matériels. [...]

2° Un programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par l'agence régionale de santé et les acteurs du système de santé pour maintenir ou développer les capacités nécessaires, [...]

III.-L'agence régionale de santé inclut dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, conclus avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, les objectifs opérationnels qui leur sont assignés dans le cadre du dispositif " ORSAN ".

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.5. <u>Les CODIR / COMEX / COFIL</u>	<p>La mission a été destinataire de 19 comptes rendus (CR) de CODIR dont 13 en 2022, 0 2023, 5 en 2024 et 1 en janvier 2025.</p> <p>Les réunions du CODIR sont prévues une fois par mois, [REDACTED].</p> <p>En entretien, il a été déclaré à la mission que la communication est centrée depuis plusieurs mois sur les familles [REDACTED].</p>
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.6. <u>Les conflits entre direction et salariés</u>	<p>Il n'y a pas de dégradation du climat social ni de conflit au sein de la structure. L'ambiance générale semble sereine et les relations de travail sont globalement apaisées. [REDACTED].</p> <p>De plus, un manque d'encadrement hiérarchique a été relevé. Certains membres du personnel éprouvent des difficultés à identifier leur supérieur hiérarchique direct et ne savent pas toujours à qui s'adresser pour résoudre une problématique ou obtenir une validation. Cette situation peut engendrer des pertes de temps, des erreurs organisationnelles et un sentiment de désorientation parmi les équipes.</p> <p>Remarque 3 : L'absence de directeur en titre ([REDACTED]) et l'intérim assuré par une autre directrice de l'organisme gestionnaire ne permet pas une présence suffisante de celle-ci ce qui nuit à l'organisation et à la communication au sein de l'établissement.</p>
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.7. <u>Les relations Directeur/Gestionnaire</u>	<p>La relation professionnelle entre l'organisme gestionnaire en la personne du directeur régional et la directrice par intérim de l'établissement est chaleureuse et bienveillante.</p> <p>Lors de l'entretien avec la direction, il a été rapporté aux membres de la mission que la direction se sent soutenue par le siège. Elle a su présenter l'organigramme du siège avec l'appui de son directeur territorial. Par ailleurs, il a été précisé que des réunions institutionnelles sont planifiées, permettant des échanges et des retours d'expérience entre les différents directeurs de site.</p> <p>La direction a transmis les comptes rendus du CSE de juillet à octobre 2024 mais n'a pas transmis les comptes rendus des réunions siège/établissement.</p> <p>[REDACTED].</p>
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.8. <u>Le directeur : contrat et prise de poste</u>	<p>[REDACTED]</p> <p>Depuis le mois d'octobre 2024, une directrice par intérim est en poste à temps partiel sur l'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Selon les différents entretiens menés, il ressort que la directrice est présente au sein de l'établissement - [REDACTED], où elle assure des missions de direction. Par ailleurs, elle exerce également des fonctions de directrice au sein d'un autre établissement du groupe.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>La direction a déclaré qu'il n'existe pas de fiche de poste nominative pour les professionnels. La directrice par intérim dispose d'une lettre de mission qui n'a pas été transmise bien que demandé lors de l'entretien.</p> <p>Écart 5 : Les documents cadrant les missions et le niveau de responsabilité de la directrice par intérim, demandés lors de l'entretien sur site, n'ont pas été transmis à la mission (contrat de travail, lettre de mission, document unique de délégation) ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 ⁷ du CASF.</p>
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.9. <u>Les astreintes administratives et techniques</u>	<p>Dans l'infirmerie et dans le secrétariat, l'équipe d'inspection constate l'affichage du planning des astreintes réalisées par la directrice ou l'IDEC, [REDACTED].</p> <p>Un numéro de téléphone unique permet aux professionnels de joindre le cadre d'astreinte.</p> <p>Cependant, le personnel n'a pas connaissance de la personne assurant l'astreinte. En cas d'urgence, lorsqu'un membre du personnel compose le numéro dédié, il est automatiquement mis en relation avec l'un des deux cadres assurant l'astreinte à ce moment-là.</p>
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.10. <u>La présence et le remplacement de la direction</u>	<p>Le jour de l'inspection, la directrice par intérim n'était pas présente sur place, mais elle s'est déplacée immédiatement dans l'établissement dès qu'elle a été informée de la présence d'une équipe d'inspection.</p> <p>Lors de ses congés, une astreinte est assurée par un directeur du groupe situé dans un autre département. Toutefois, le personnel n'est pas informé de l'identité de la personne remplaçant la directrice, et aucune procédure formalisant ce remplacement ni précisant les modalités de communication mises en place à cet effet n'a été transmise à la mission.</p>

⁷ Article D312-176-5 du CASF :

Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit privé, mentionnés au I de l'article L. 312-1, lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel.

Elle rend destinataires d'une copie de ce document la ou les autorités publiques qui ont délivré l'autorisation du ou des établissements ou services concernés, ainsi que le conseil de la vie sociale visé à l'article L. 311-6.

Ce document précise la nature et l'étendue de la délégation, notamment en matière de : -conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; -gestion et animation des ressources humaines ; -gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; -coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		Remarque 4 : Les modalités de remplacement de la direction ne sont ni formalisées ni communiquées aux professionnels.
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.11. <u>Les délégations de signatures</u>	En l'absence de la lettre de mission de la directrice par intérim, la mission ne peut confirmer qu'elle bénéficie d'une délégation pour cet établissement. Remarque 5 : La mission constate l'absence de document formalisé précisant les délégations de signatures confiées au directeur.
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.12. <u>Les subdélégations du directeur</u>	Il n'y a pas de subdélégation.
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.13. <u>L'IDEC</u>	L'infirmière de coordination actuellement en poste à temps plein est diplômée en infirmerie - [REDACTED]. L'IDEC a été embauché à temps complet. La direction a déclaré en entretien qu'il n'existe pas de fiche de poste nominative pour les personnels. Remarque 6 : La mission constate que l'IDEC n'a pas de fiche de poste nominative et singulière.
1.2 Managem t et Stratégie	1.2.14. <u>Le MédCo : temps de présence</u>	Le poste de médecin coordonnateur est vacant [REDACTED] au sein de l'établissement. La mission a été informée qu'un processus de recrutement est en cours afin de pourvoir ce poste. Toutefois, aucune information complémentaire sur l'échéance prévue pour cette embauche n'a été communiquée. Écart 6 : En l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-156 ⁸ du CASF

⁸ Article D312-156 du CASF :

Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur.

Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : [...] un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ; [...]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.2 Managemen t et Stratégie	1.2.15. <u>Les affichages</u>	Les panneaux d'affichage comportent la totalité des documents d'information obligatoires et recommandés à destination des usagers et des proches.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.3 Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u>	<p>L'élection des membres du Conseil de la Vie Sociale (CVS) a eu lieu le [REDACTED], et sa première et unique réunion s'est tenue le [REDACTED]. Ce conseil est composé de représentants des résidents, des familles, de la mairie ainsi que des professionnels. La mission constate l'absence d'un représentant de l'organisme gestionnaire et du médecin coordonnateur.</p> <p>Écart 7 : Lors de l'unique CVS en 2024, l'absence d'un représentant de l'organisme gestionnaire et du médecin coordonnateur ne respecte pas les obligations légales définies par l'article D311-5 9 du CASF.</p> <p>Lors de cette réunion inaugurale, le règlement de fonctionnement du CVS a été adopté.</p> <p>Au titre de 2024, la mission a été destinataire du compte rendu de la seule séance du CVS qui s'est tenu le [REDACTED]. Cette unique séance du CVS indique que la participation des usagers et de leurs proches à la vie de l'établissement n'était pas favorisée par l'ancienne direction.</p>

9 Article D311-5 du CASF : I.-Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- 1° Deux représentants des personnes accompagnées ;
- 2° Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;
- 3° Un représentant de l'organisme gestionnaire.

II.-Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :

- 1° Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1 ;
- 2° Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;
- 3° Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;
- 4° Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services relevant du 14° du I de l'article L. 312-1 ;
- 5° Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;
- 6° Le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- 7° Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>L'absence de réunions régulières a eu pour conséquence un manque d'information du CVS sur les événements survenus au sein de l'établissement et le suivi de la mise en place des actions correctives. Ainsi, les représentants des résidents et des familles n'ont pas pu jouer leur rôle de consultation et d'échange sur des sujets impactant la vie des usagers.</p> <p>Écart 8 : En ne réalisant pas au moins 3 séances du comité de vie sociale par an, la direction contrevient aux dispositions de l'article D311-16 ¹⁰ CASF.</p>
1.3 Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements</u>	<p>La procédure « <i>Evènement indésirables (EI)-événements indésirables graves (EIG)</i> » transmise précise qu'une restitution des EI-EIG et les actions mises en place pourront être apportées par un membre du COPIL aux usagers et familles lors de CVS et/ou de réunion famille.</p> <p>L'unique compte rendu adressé à la mission mentionne l'absence de déclaration d'évènements indésirables depuis 2023. Cependant, la mission note que, dans ce compte-rendu, la direction énumère des « projet de travaux » dont certains peuvent être qualifiés d'EI voire d'EIG. A titre d'exemple : [REDACTED]</p> <p>Remarque 7 : En ne distinguant pas les événements indésirables relevant de dysfonctionnements ou des travaux, la direction ne permet pas une information claire aux membres du CVS.</p>

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.4 Gestion de la qualité	1.4.1. <u>Les professionnels référents et le responsable qualité</u>	<p>Lors de l'entretien avec la direction, il a été constaté qu'aucun référent ni responsable qualité n'est actuellement en poste au sein de l'établissement. La gestion de la qualité ne repose donc sur aucun acteur identifié localement, ce qui peut poser des difficultés en matière de suivi, de mise en œuvre et d'amélioration continue des démarches qualité.</p>

¹⁰ Article D311-16 du CASF :

Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. [...]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Il a néanmoins été porté à la connaissance de la mission que la gestion de la qualité sera, à l'avenir, [REDACTED] Cette orientation stratégique vise à centraliser et harmoniser les pratiques qualité à l'échelle de l'association. [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 8 : Les modalités de la prise en charge de la gestion de la qualité au sein de l'EHPAD par le siège de l'association gestionnaire ne sont pas formalisées.</p>
1.4 Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	<p>Lors de la mission d'inspection, il a été constaté qu'aucun plan d'amélioration de la qualité (PACQ) n'est mis actuellement en place au sein de l'EHPAD. L'absence de cet outil structurant limite la formalisation et le suivi des actions correctives et préventives nécessaires à l'amélioration continue de la qualité au sein de l'EHPAD.</p> <p>Toutefois, l'établissement a bénéficié, depuis septembre 2024, de plusieurs audits ayant mené à l'élaboration d'un plan d'action (transmis).</p> <p>Écart 9 : L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et de politique « gestion qualité » contrevient aux articles L312-8 ¹¹ et L312-203¹² du CASF.</p>
1.4 Gestion de la qualité	1.4.3. <u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u>	<p>La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014 et transmise dans les délais aux autorités administratives compétentes, ainsi qu'une évaluation interne datant de 2018.</p> <p>[REDACTED]</p>
1.4 Gestion de la qualité	1.4.4. <u>La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u>	<p>Un affichage mentionnant le numéro d'urgence 3977 (service d'écoute et d'accompagnement des victimes de maltraitance) est présent dans l'établissement.</p> <p>Aucun document en lien avec la politique de prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance n'a été transmis.</p> <p>Il n'existe actuellement aucune politique formalisée de promotion de la bientraitance ni de lutte contre la maltraitance au sein de l'établissement. Le livret d'accueil des résidents ne contient aucune mention</p>

¹¹ Article L312-8 du CASF :

Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi que le rythme des évaluations.

¹² Article D312-203 du CASF :

Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L. 312-8 sont mentionnées dans le rapport annuel d'activité des établissements et services concernés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>relative à ces thématiques essentielles, ce qui ne permet pas d'informer clairement les usagers et leurs familles sur les engagements de l'établissement en matière de bientraitance.</p> <p>Il ressort des entretiens que le personnel ne connaît pas la procédure de signalement en cas d'agression. Aucune formation spécifique n'a été mise en place pour sensibiliser et former les équipes aux enjeux de prévention de la maltraitance, ce qui pourrait compromettre une réaction efficace face à une situation de maltraitance.</p> <p>Écart 10 : En ne formalisant pas une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, la direction contrevient aux dispositions de l'article L311-8 ¹³ du CASF.</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	<p>Les familles formulent leurs plaintes oralement ou par écrit (courriel), [REDACTED]. Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations. Les familles et résidents n'ont pas accès à un registre leur permettant de faire part de leur réclamation.</p> <p>Remarque 9 : Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations.</p> <p>Remarque 10 : Les familles et résidents n'ont pas accès à un registre leur permettant de faire part de leur réclamation.</p>
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.2. <u>La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)</u>	<p>L'établissement dispose d'une procédure formalisée pour le signalement et la gestion des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG), conformément aux exigences réglementaires. Cette procédure prévoit un circuit de déclaration structuré, [REDACTED].</p>

¹³ Article L311-8 du CASF :

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Cependant, cette procédure est peu mise en œuvre par les professionnels. Les signalements d'EI/EIG se font majoritairement de manière informelle auprès de la direction, sans respect strict du protocole établi.</p> <p>Les professionnels ne sont pas formés sur l'identification des différentes catégories d'événements indésirables et sur la procédure de déclaration qui, selon les documents transmis, a été créée en décembre 2024. De plus, le plan de formation 2025-2026 ne prévoit pas de formation spécifique du personnel à la déclaration des événements indésirables, ce qui contribue au manque de sensibilisation et à la sous-déclaration des incidents.</p> <p>Écart 11 : En ne formant pas les professionnels à l'identification des différents niveaux d'événements indésirables, la direction n'en favorise pas leur déclaration et, par conséquent, leur analyse ainsi que la mise en place d'action correctrice pour éviter leur itération, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.331-8 ¹⁴ du CSP.</p>
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI/EIG</u>	<p>La procédure sur les événements indésirables transmise inclut un paragraphe sur le traitement des EIG (B). Elle indique : « [REDACTED] »</p> <p>Le document « PLAN D'ACTION QUALITE liée aux EI/EIG » présente deux événements pour lesquels une action a été décidée et un pilote nommé. Il est toutefois précisé que ces actions n'ont pas été mise en œuvre.</p> <p>Remarque 11 : Les actions décidées pour éviter l'itération d'événement indésirable ne sont pas systématiquement mises en œuvre.</p>

¹⁴ **Article R331-8 du CSP :** Sans préjudice des déclarations et signalements prévus par d'autres dispositions législatives et, le cas échéant, du rapport à l'autorité judiciaire, le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure transmet à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L. 331-8-1. Lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal.

Cette transmission est effectuée selon un formulaire pris par un arrêté des ministres de la justice et de l'intérieur et des ministres chargés du logement, des personnes âgées, des personnes handicapées, de la protection de l'enfance et de la santé. Cet arrêté précise la nature des dysfonctionnements et événements dont les autorités administratives doivent être informées ainsi que le contenu de l'information et notamment la nature du dysfonctionnement ou de l'événement, les circonstances de sa survenue, ses conséquences, ainsi que les mesures immédiates prises et les dispositions envisagées pour y mettre fin et en éviter la reproduction.

L'information transmise ne contient aucune donnée nominative et garantit par son contenu l'anonymat des personnes accueillies et du personnel.

Toute information complémentaire se rattachant au dysfonctionnement ou à l'événement déclaré fait l'objet d'une transmission à l'autorité administrative dans les mêmes conditions.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.4. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	Des EIG ont été déclarés aux autorités administratives (CD et ARS) en août, novembre et décembre 2024. Les copies des formulaires de déclaration en ligne ont été transmis. Cette démarche a été effectuée conformément aux obligations légales et réglementaires en vigueur.

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025					
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.1. <u>Les effectifs professionnels</u>	Selon le document transmis « ETP occupés », l'EHPAD Simone Veil dispose de █ équivalents temps plein (ETP) prévisionnels, dont █ ETP sont actuellement occupés.					
		L'établissement a transmis les ETP suivant :					
		Catégories	ETP prévisionnel	ETP occupé	Dont en arrêt garde d'enfant	Dont en arrêt maladie	Postes vacants en ETP
		Médecin	█	█	█	█	█
		-Médecin coordonnateur					
		Infirmière					
		Coordinatrice					
		Infirmier					
		Aide-soignant / AMP					
		Auxiliaire de vie					
Agent d'accompagnement (ASH)							
Psychologue							
Psychomotricien							
Total		█	█	█	█	█	
		Document 2 : Document « ETP occupée » transmis par l'établissement					
		█					

[REDACTED] :

- [REDACTED] CDI.
- [REDACTED] CDD.
- [REDACTED] psychomotricienne
- [REDACTED]
- [REDACTED] postes vacants dont [REDACTED]

Parmi les personnels permanents (CDI) on note :

- [REDACTED] ETP AS-AMP-AES dont 2 de nuit ;
- [REDACTED] ETP IDE-IDEDEC ;

La mission informe l'établissement que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.

Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)

$$\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$$

Si RGMP > 3200 = nb ETP AS/AES est insuffisant

$$\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$$

Si RPMP > 4300 = nb ETP IDE est insuffisant

Par ailleurs, la mission considère que pour assurer la continuité des soins, et a fortiori, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable, et repose notamment sur la présence de professionnels en contrat pérenne (CDI/titulaire et CDD long) majoritairement dans l'effectif financé par le forfait global relatif aux soins.

Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de :

- [REDACTED] AS/AES
- [REDACTED] 3,1 IDE-IDEDEC

Selon le mode de calcul CPOM de l'ARS IDF et si l'établissement devait signer prochainement un CPOM, les constats seraient les suivants :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>S'agissant de l'effectif d'IDE : [REDACTED]</p> <p>S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP : [REDACTED]</p> <p>Cette analyse documentaire est confirmée par les éléments recueillis lors des entretiens, qui corroborent la situation observée et mettent en évidence des besoins en recrutement.</p> <p>Remarque 12 : [REDACTED]</p> <p>De plus, l'établissement affecte également des agents d'accompagnement ou des agents de soins exerçant les fonctions d'AS/AES/AMP sans qu'il soit possible pour la mission d'identifier les qualifications ou les diplômes de ces personnels. Aussi la mission ne peut pas les considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leurs fonctions ne font pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF.</p> <p>Les effectifs de nuit permanents sont, au regard des indications, non confirmées, notées dans les documents transmis, composés de [REDACTED] aides-soignants, [REDACTED] agent d'accompagnement et [REDACTED] agent de soins.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Écart 12 : [REDACTED]</p> <p>Par ailleurs, [REDACTED]</p> <p>Remarque 13 : Les documents utilisés par l'établissement pour répertorier les professionnels [REDACTED]</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Les contrats de travail</u>	<p>L'établissement a transmis la liste de CDD de juin 2024 à janvier 2025 inclus.</p> <p>Depuis août 2024, le nombre de CDD embauché est réparti comme tel :</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025																																										
		<table><tr><th>Mois</th><th>CDD AS</th><th>CDD AMP</th><th>CDD agent d'accomp^t.</th><th>Total</th><th>CDD IDE</th></tr><tr><td>Août</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>septembre</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>octobre</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>novembre</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Décembre</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Janvier</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>Le nombre de CDD pour l'équipe prenant en charge les résidents, AS-AMP et agents d'accompagnement, est en progression constante depuis octobre 2024 ().</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>Écart 13 : </p> <p>.</p>	Mois	CDD AS	CDD AMP	CDD agent d'accomp ^t .	Total	CDD IDE	Août						septembre						octobre						novembre						Décembre						Janvier					
Mois	CDD AS	CDD AMP	CDD agent d'accomp ^t .	Total	CDD IDE																																							
Août																																												
septembre																																												
octobre																																												
novembre																																												
Décembre																																												
Janvier																																												
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.3. <u>Le taux d'absentéisme</u>	<p>L'établissement n'a pas transmis de document permettant de connaître le taux d'absentéisme en 2024.</p>																																										
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>Le plan de formation des professionnels</u>	<p>Le plan de formation 2025-2026 vise à renforcer les compétences du personnel soignant en mettant l'accent sur la prévention des risques et l'amélioration de la prise en charge des résidents. Il est conçu presque exclusivement autour de formations internes, à l'exception de deux formations.</p> <p>Ce plan ne contient pas de formations visant à promouvoir l'évolution des compétences des salariés à travers les validations des acquis de l'expérience (VAE). Il est strictement axé sur l'amélioration des pratiques soignantes dans le cadre du poste actuel et non sur des évolutions de carrière individuelles.</p> <p>Lors des entretiens avec les salariés, la majorité du personnel affirme ne pas avoir suivi de formation depuis une longue période. De plus, ils n'étaient pas en mesure de déterminer précisément la dernière date à laquelle ils ont bénéficié d'une formation sur leur cœur de métier.</p> <p>La formation sécurité incendie a bien été suivie.</p>																																										

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Remarque 14 : Le plan de formation 2025-2026 n'inclut pas de VAE afin de promouvoir l'évolution des compétences des professionnels.</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	<p>Lors de l'inspection, 1 professionnel récemment embauché a déclaré avoir reçu un livret d'accueil à son arrivée. Toutefois, l'établissement n'a pas transmis de document correspondant à un livret ou une procédure d'accueil (hors procédure RH) pour les nouveaux arrivants alors que ce document avait été demandé.</p> <p>Remarque 15 : La mission constate l'absence de procédure d'accueil des nouveaux salariés</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et le questionnaire éthique</u>	<p>Il a été transmis à la mission un document intitulé « N°30 A cadre institutionnel des réunions ».</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 16 : [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Les plannings des professionnels : confection</u>	<p>Les plannings sont élaborés en amont et concernent les différentes catégories professionnelles. Ils prennent en compte les spécificités et la difficulté particulière de certaines unités. Cependant, il ressort de la plupart des entretiens que, depuis l'absence de la secrétaire de direction, l'affichage des plannings n'est plus respecté. Le personnel suit ainsi son roulement par habitude, [REDACTED].</p> <p>Actuellement, les plannings sont établis par l'IDEC, [REDACTED].</p> <p>S'agissant du personnel ASH, ils sont rattachés directement à la directrice. Toutefois, la mission a constaté un manque de coordination et de communication concernant leurs plannings ainsi que leur organisation journalière. La directrice ne prend pas suffisamment en compte les difficultés qu'ils rencontrent pour accomplir leurs missions correctement, [REDACTED].</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Les plannings des professionnels : organisation</u>	<p>Sur les plannings, la mission constate :</p> <p><u>Une présence infirmière [REDACTED] :</u></p> <p>Dans l'organisation des roulements infirmiers, la présence d'un infirmier ([REDACTED]) est assurée sur le premier roulement, garantissant ainsi une continuité des soins et une prise en charge optimale des résidents.</p> <p>En revanche, sur le second roulement, une vacance de poste est constatée de manière récurrente. Bien que des remplacements soient [REDACTED] effectués, ils ne sont pas systématiquement prévus à l'avance ou pas honorés par les vacataires, ce qui entraîne un risque de désorganisation et une altération de la qualité des soins. Cette situation nécessite une meilleure planification des ressources humaines afin d'assurer une couverture infirmière stable sur l'ensemble des roulements.</p> <p>Écart 14 : Le non-remplacement systématique des IDE compromet la continuité, la qualité et la sécurité des soins infirmiers ce qui contrevient aux articles L1110-1¹⁵ du CSP et L311-3^{Erreur ! Signet non défini.} du CASF.</p>

¹⁵ Article L1110-1 du CSP :

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025									
		<p><u>L'organisation des professionnels sur des postes identifiés « AS ¹⁶ » en journée :</u></p> <p>- Mois de janvier :</p> <ul style="list-style-type: none">• [REDACTED]• [REDACTED][REDACTED] <p>- Mois de février et mars :</p> <ul style="list-style-type: none">• [REDACTED] :<ul style="list-style-type: none">○ [REDACTED]○ [REDACTED]○ [REDACTED] <p><u>L'organisation de l'équipe de nuit :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• [REDACTED]• [REDACTED] <p><u>L'absence de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit</u>, ce qui crée un manque de temps dédié aux échanges entre les équipes pour assurer une transition efficace des informations et garantir une prise en charge optimale des patients.</p> <p>Écart 15 : En ne planifiant pas de temps de chevauchement entre les équipes soignantes de jour et de nuit, la direction ne garantit pas la prise en charge optimale des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p> <p><u>L'organisation des ASH :</u></p> <table><tr><th></th><th>1^{er} roulement</th><th>2^e roulement</th></tr><tr><td>Samedi & dimanche</td><td>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Lundi</td><td>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</td><td>[REDACTED] [REDACTED]</td></tr></table>		1 ^{er} roulement	2 ^e roulement	Samedi & dimanche	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED]	Lundi	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]
	1 ^{er} roulement	2 ^e roulement									
Samedi & dimanche	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED]									
Lundi	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]									

¹⁶ Il a été démontré que ces postes ne sont pas tous pourvus par du personnel diplômé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
			<div data-bbox="1034 280 2051 911"></div> <p data-bbox="954 927 2132 981">Ce mail confirme l'organisation institutionnelle de glissement de tâches infirmières pour pallier la pénurie infirmière au sein de l'EHPAD.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Écart 16 : En autorisant l'exécution de soins infirmiers par des salariés non qualifiés, notamment la distribution, la préparation ou l'injection des médicaments, l'organisme gestionnaire et la direction organisent sciemment un glissement des tâches des fonctions d'IDE ce qui constitue un risque réel et sérieux pour la sécurité et la santé des résidents de même que la qualité de leur prise en charge et contrevient aux articles L4311-2 ¹⁷, R4311-4 ¹⁸ du CSP et L.311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>La gestion des absences prévues et imprévues</u>	<p>En cas d'absence prévue, l'établissement fait appel à un pool de vacataires afin d'assurer la continuité des soins. En revanche, pour les absences inopinées, le personnel n'est pas systématiquement remplacé et l'établissement fonctionne en mode dégradé en réorganisant les personnels présents.</p> <p>Par ailleurs, comme évoqué précédemment, l'absence d'un infirmier n'est pas toujours compensée.</p> <p>L'IDEC est amené à compenser le manque de personnel IDE.</p> <p>Il a été rapporté à la mission que les aides-soignants pouvaient réaliser des actes relevant des missions du rôle propre de l'IDE dans ces circonstances de manque de personnel infirmier. Comme indiqué ci-dessus (Cf. 2.1.9) cela génère des glissements de tâches et compromet gravement la prise en charge des résidents.</p> <p>Écart 17 : Le poste d'infirmier n'est pas quotidiennement pourvu, dans le respect de la réglementation, ce qui compromet gravement la continuité, la qualité et la sécurité des soins et contrevient aux articles L1110-1 ¹⁵ du CSP et L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>

¹⁷ Article L4311-2 du CSP :

Sous réserve des dispositions des articles L. 4311-4 et L. 4311-5, peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4311-3 et L. 4311-4, ou titulaires des autorisations prévues aux articles L. 4311-9 et L. 4311-10.

¹⁸ Article R4311-4 du CSP :

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
2.3 Gestion d'information	2.2.1. <u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u>	Les RAMA 2023 et 2024 ont été transmis à l'équipe d'inspection.
2.3 Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u>	Le registre des entrées et sorties a été consulté sur place ; il est à jour.
2.3 Gestion d'information	2.2.3. <u>Les dossiers administratifs des résidents</u>	<p>La mission a consulté un échantillon de dossiers administratifs de résidents.</p> <p>Il a été constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des contrats de séjours non signés ont été trouvés dans l'échantillon de dossiers ; - Aucune annexe liberté (restriction au droit d'aller et venir) n'a été trouvée ; - En l'absence de désignation d'une personne de confiance, aucune preuve de la proposition et du refus du résidents ne figure au dossier ; - En l'absence de rédaction de directives anticipées, aucune preuve de la proposition et du refus du résidents ne figure au dossier ; - La traçabilité de la remise du livret d'accueil, de la charte des droits des personnes accueillies et du règlement de fonctionnement au résident/responsable légale n'est pas systématiquement présente ; - Des éléments médicaux (partie médicale du dossier unique d'admission en EHPAD) ont été vus ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Écart 18 : Les dossiers des résidents ne sont pas complets et rien ne permet de garantir que les droits des résidents sont respectés ce qui nuit aux articles L311-4 ¹⁹, L311-4-1 ²⁰ et L311-5-1 ²¹ du CASF.</p>

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u>	<p>L'établissement présente un état de vétusté très avancé, [REDACTED].</p> <p>Une fuite d'eau au niveau du premier étage a été signalée depuis l'année 2024 et mentionnée dans le compte-rendu du CVS de mars 2024. À ce jour, cette fuite persiste, aggravant la détérioration des lieux. [REDACTED] les travaux nécessaires à la remise en état n'ont toujours pas été réalisés, malgré les diverses alertes.</p> <p>Le directeur régional et la directrice par intérim ont informé la mission que [REDACTED] avait accepté une réunion en février 2025. La mission avait demandé la transmission du compte-rendu de cet échange.</p> <p>Remarque 18 : Le compte-rendu de la rencontre entre l'organisme gestionnaire et [REDACTED] n'ont pas été communiqués à la mission.</p>

¹⁹ Article L311-4 du CASF :
Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ainsi qu'à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou à la personne de confiance désignée dans les conditions prévues à l'article L. 311-5-1 un livret d'accueil auquel sont annexés :
a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ;
b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

²⁰ Article L311-4-1 du CASF :
I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. [...]

²¹ Article L311-5-1 du CASF :
Lors de sa prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		Écart 19 : Les locaux de l'EHPAD présentent des signes de dégradation, ce qui compromet la sécurité des résidents et ne respecte pas les dispositions de l'article L 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> D. 312-159-2 ²² et à l'annexe 2-3-1 ²³, II, 2°, 3°, 6° et 7° du CASF.
	2.3.2. <u>Les locaux de la cuisine</u>	<p>Les locaux de la cuisine ont été récemment rénovés et sont régulièrement entretenus par le personnel. Cependant, plusieurs dysfonctionnements, constatés sur place par la mission, affectent le bon fonctionnement du service, compromettant le respect des normes sanitaires.</p> <p>D'une part, la chambre froide n'est pas fonctionnelle, ce qui entraîne une rupture de la chaîne du froid et un risque d'altération des denrées alimentaires les rendant impropres à la consommation humaine voire dangereuses.</p> <p>D'autre part, la fonction maintien au chaud des chariots utilisés pour transporter les repas dans la salle à manger du 2^e étage, ne fonctionne pas, ce qui empêche le maintien des plats à la température requise et entraîne une rupture de la chaîne du chaud et un service de plats tièdes.</p> <p>Écart 20 : La défaillance de la chambre froide et du chariot de maintien au chaud compromet la sécurité alimentaire et la qualité des repas servis aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>
2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>Le suivi des réparations et carnet sanitaire</u>	<p>L'établissement dispose d'un agent technique chargé d'effectuer les travaux du quotidien.</p> <p><u>Absence d'eau chaude dans certaines chambres :</u></p> <p>Lors des entretiens, la mission a été informée que les problèmes d'eau chaude sont récurrents [REDACTED] et que les réparations nécessitent [REDACTED] qui est situé au rez-de chaussée d'un immeuble d'habitation.</p>

²² Article D312-159-2 du CASF :

La liste des prestations minimales relatives à l'hébergement dans les établissements relevant du I de l'article L. 313-12 est fixée à l'annexe 2-3-1.


²³ Annexe 2-3-1 du CASF :

Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

II. - Prestations d'accueil hôtelier :

2° Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ; 3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ; 6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ; 7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Pour pallier cette difficulté, il a été rapporté que certains résidents sont déplacés dans les chambres d'autres résidents pour pouvoir prendre leur douche, ce qui pose un problème organisationnel et de dignité pour les personnes concernées.</p> <p>La direction affirme que des travaux ont déjà été effectués pour résoudre ce problème, mais sans succès. Face à cette situation persistante, elle a décidé de faire appel à un expert et de rencontrer [REDACTED].</p> <p><u>Fuite d'eau au 1^{er} étage :</u></p> <p>[REDACTED].</p> <p><u>Document 3 :</u> Dégâts dus à la fuite d'eau (photo prise par la mission sur site le 23/01/2025)</p> <div></div> <p><u>Dépistage de légionellose :</u></p> <p>Les prélèvements et recherches de légionelles n'ont pas été réalisés depuis plusieurs années, aucun document de traçabilité n'a été trouvé.</p> <p>De plus, la mission a constaté une fontaine à eau en très mauvais état, de par son manque d'entretien et de nettoyage.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
			<p>Document 4 : Fontaine à eau du [REDACTED] étage (photo prise par la mission sur site le 23/01/2025)</p> 
			<p>Écart 21 : L'absence d'eau chaude dans certaines chambres, d'entretien des fontaines à eau, de prélèvement de recherche de légionellose ne garantit pas la sécurité et la dignité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small>, D. 312-159-2 ²² et à l'annexe 2-3-1 ²³, II, 2°, 3°, 6° et 7° du CASF.</p>

2.4. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
2.5 Sécurités	2.4.1. Les déchets ménagers (DAOM) 2.4.2. Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)		<p>Un contrat DASRI a été transmis par la direction, précisant les modalités de la prestation avec le prestataire [REDACTED]. Selon les termes de ce contrat, une collecte est effectuée une fois par semaine.</p> <p>Après visite du local DASRI, il a été constaté que le local est conforme aux exigences réglementaires.</p>
2.5 Sécurités	2.4.3. Le système d'appel malade		<p>La mission a constaté que le système d'appel malade est bien disponible dans les chambres. Toutefois, dans les salles de bain/toilettes des chambres et dans les toilettes du rez-de-chaussée, les résidents ne peuvent pas accéder au cordon d'appel en raison de sa hauteur inadaptée.</p> <p>Par ailleurs, lors de la vérification du système, il a été observé que l'alerte n'avait pas été reçue sur le téléphone de l'AS.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Constats de la suite d’inspection du 23/01/2025
			Écart 22 : La non-accessibilité des appels malade dans les salles de bain/toilettes des chambres et dans les toilettes communes du rez-de-chaussée et le dysfonctionnement du système des alertes des appels malades ne garantissent pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> CASF.

3. Prises en charge

3.1. Organisation charge de l'admission à la sortie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Constats de la suite d’inspection du 23/01/2025
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u>		<p>Conformément aux principes définis par le CASF, l'élaboration du PAI repose sur une approche pluridisciplinaire. L'ensemble de l'équipe médicale, soignante et paramédicale est impliqué dans sa conception afin de proposer un accompagnement cohérent et adapté aux besoins spécifiques du résident. Ce dernier, ainsi que sa famille, sont également associés à la démarche afin de garantir une personnalisation optimale du projet.</p> <p>Il a été révélé à la mission que les PAI ont été suspendus pendant un an, ce qui a entraîné une interruption de leur actualisation et de leur suivi. Toutefois, une reprise du dispositif a été effectuée quatre mois avant l'inspection, permettant ainsi de remettre à jour les projets et d'assurer une prise en charge conforme aux exigences réglementaires et aux besoins des résidents. Toutefois, la reprise des PAI s'est accompagnée d'une modification méthodologique. Actuellement, ce sont les soignants qui remplissent le document en collaboration avec le résident. Une fois complété, le PAI est présenté en réunion pluridisciplinaire, où l'ensemble des professionnels impliqués analyse et valide le projet afin de garantir sa cohérence et son adéquation avec les ressources disponibles.</p>

3.2. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025		
3.3 Vie sociale et relationnelle	3.2.1. <u>L'animation</u>			<p>Depuis le départ de l'animatrice [REDACTED], aucune activité d'animation n'est proposée au sein de l'établissement. Cette absence d'animations a entraîné la morosité du quotidien des résidents, qui sont désormais principalement conduits au rez-de-chaussée, où ils passent leur temps à regarder la télévision sans véritable stimulation sociale ou occupationnelle alors même que de nombreux jeux de société sont à disposition dans un placard au premier étage du bâtiment.</p> <p>Ce constat a été mis en évidence lors de l'inspection, où il a été observé que l'absence d'activités adaptées impacte le bien-être des résidents. De plus, cette situation a été relevée à plusieurs reprises lors des différents entretiens.</p> <p>Écart 23 : L'absence d'animateur et d'animation au sein de l'EHPAD favorise le déclin de la qualité de vie des résidents et ne répond pas aux attentes et aux besoins d'accompagnement des résidents. Cela contrevient aux dispositions de l'article D. 312-159-2 ²² et l'annexe 2-3-1 ²⁴, V, 1° CASF</p>

²⁴ Annexe 2-3-1 CASF : Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad)
V. - Prestation d'animation de la vie sociale : 1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

3.3. Vie quotidienne. Hébergement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.3.1. <u>L'alimentation</u>	<p>L'établissement, malgré l'internalisation de la cuisine, fait appel à un prestataire présent [REDACTED] pour élaborer les menus des résidents. Cependant, aucun menu de substitution n'est prévu.</p> <p>De plus, l'absence d'une commission des menus contribue à l'insatisfaction des résidents et de leurs familles quant à la qualité et aux quantités des repas. Par ailleurs, il est proposé aux résidents des compléments alimentaires, et [REDACTED].</p> <p>Remarque 19 : La prestation de restauration actuelle n'est pas optimale, tant sur la constance de la qualité que sur l'adaptation aux besoins et envies des résidents.</p>
	3.3.2. <u>La détection des troubles de la déglutition</u>	<p>L'établissement ne dispose pas de temps d'orthophoniste et l'IDE ne pratique pas de test de la déglutition. Aucun document attestant de formation sur les tests de déglutition n'a été transmis à l'équipe d'inspection.</p> <p>Écart 24 : En ne veillant pas à la réalisation de test de la déglutition, la prise en charge des résidents n'est pas optimale, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p> <p>Lors des entretiens, l'équipe d'inspection constate que les professionnels participant aux repas n'ont pas connaissance de la procédure à suivre en cas de fausse route, hormis le fait de contacter l'infirmière ou la cadre de santé.</p> <p>De plus, en l'absence de moyens d'appel en salle à manger, les professionnels doivent quitter la salle à manger pour chercher physiquement la cadre de santé ou l'infirmier.</p> <p>Écart 25 : En l'absence de diffusion et de sensibilisation des professionnels à la procédure à suivre en cas de fausse route, combiné à l'absence de moyen d'appel en salle manger, la sécurité des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>
	3.3.3. <u>Les régimes, les textures</u>	<p>Les régimes et les textures sont prescrites par les médecins traitants.</p> <p>Ils sont répertoriés dans un tableau qui est affiché dans la cuisine et dans la salle à manger du 2^{ème} étage.</p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.3.4. <u>L'organisation des repas</u>	<p>Les horaires des repas sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit-déjeuner de 8h à 10h en chambre ; - Déjeuner de 12h à 13h30 en salle à manger ou en chambre ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>- Goûter à 16h en salle à manger ou en chambre ;</p> <p>- Diner de 18h à 19h en salle à manger ou en chambre.</p> <p>Une collation est donnée aux résidents qui en font la demande à l'équipe de nuit.</p> <p>Certains résidents trouvent l'horaire du diner trop rapproché du goûter, ce qui engendre un manque d'appétit au diner et un inconfort alimentaire. Par ailleurs, selon la direction, des collations sont prévues en soirée. Cependant, aucune traçabilité n'en prouve l'effectivité.</p> <p>Remarque 20 : L'intervalle entre le goûter et le diner ainsi que la période de jeûne nocturne en cas d'absence de collation supérieure à 12h, ne permettent pas un confort alimentaire et ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN ²⁵ (2015).</p> <p>Lors des entretiens, la missions est informé que, régulièrement, les portions servies sont insuffisantes.</p> <p>Remarque 21 : L'insuffisance des portions alimentaires peut entraîner un risque de dénutrition chez les résidents, compromettant ainsi leur état de santé et leur prise en charge globale.</p> <p>L'équipe d'inspection a été informée que certains repas devant être servis mixés ne l'étaient pas.</p> <p>Remarque 22 : En servant des repas non mixés à des résidents le nécessitant, le risque de fausse route est augmenté.</p> <p>L'organisation des repas au sein de l'établissement repose sur la coordination entre les ASH et les Aides-Soignants (AS). Les ASH ont la charge de la mise en place des tables et des couverts, et participent également à l'installation des résidents dans la grande salle, en collaboration avec les AS qui assurent le déplacement des résidents jusqu'en salle à manger. L'attribution des places suit un plan de table qui n'est pas affiché mais mémorisé par le personnel. Cette organisation pose un problème en cas de remplacement, rendant la prise en charge plus difficile pour les nouveaux arrivants.</p> <p>Écart 26 : L'absence d'affichage en salle à manger ou d'actualisation des plans de table est source de confusion pour les nouveaux professionnels, et ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p> <p>De plus, un manque de clarté dans l'affichage des résidents à servir en chambre a été relevé en cuisine. Actuellement, le personnel connaît ces informations de mémoire, ce qui peut engendrer des erreurs ou des oublis.</p>

²⁵ Recommandations du GEM-RCN-2015

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		Écart 27 : L'absence de clarté dans l'affichage des résidents mangeant en chambre ne garantit pas la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311- 3 Erreur ! Signet non défini. du CASF.
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.3.5. <u>L'aide aux repas</u>	<p>La mission a constaté la présence effective des aides-soignants dans les salles de repas, où ils accompagnent et assistent les résidents pendant les repas. Cette aide est particulièrement visible au deuxième étage, en salle à manger thérapeutique, en présence des aides-soignants de l'unité C/D/TD.</p> <p>Toutefois, la mission n'a pas eu connaissance de l'existence d'une procédure formalisée d'aide au repas. Les membres de la mission, n'ont pas pu vérifier si une stimulation des résidents prenant leurs repas en chambre était assurée par les professionnels.</p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.3.6. <u>Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition</u>	<p>Dans la structure, des protocoles ont été mis en place pour le suivi de la dénutrition et de la déshydratation, axes essentiels pour garantir la prise en charge optimale des résidents. Le personnel soignant était sensibilisé à ces enjeux, en particulier par l'ancien Médecin Coordinateur qui assurait un suivi rigoureux.</p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.3.7. <u>Les besoins en protections de recueil d'excréta</u>	<p>L'estimation des besoins en protections est réalisée en fonction du plan de soin et du nombre de résidents présents. L'analyse des factures transmises laisse supposer l'existence d'un stock suffisant. D'ailleurs, la mission a constaté que des espaces de rangement dédiés aux protections sont présents à chaque étage, en complément du stock initial situé au sous-sol, comme l'a précisé la direction.</p> <p>Toutefois, des signalements indiquent un manque de protections à certains étages. Face à cette situation, la direction souhaite mener un audit, estimant que le volume de commandes est important et que des situations de manque ne devraient pas survenir. L'analyse des pratiques internes suggère que cette carence résulte en partie d'un manque d'organisation : les soignants se procurent des protections aux différents étages sans se référer à l'IDE responsable de la gestion des stocks par étage.</p> <p>Remarque 23 : L'absence de formalisation des pratiques de distribution des protections, combinée à un manque de coordination entre les membres du personnel, entraîne une gestion des stocks peu efficiente.</p>
3.4 Vie quotidienne - Hébergement	3.3.8. <u>Le circuit du linge</u>	<p>La gestion du linge (draps serviettes et nappes) est assurée par un prestataire externe [REDACTED], avec des interventions prévues deux fois par semaine, les mardis et vendredis. Cependant, des dysfonctionnements ont été portés à la connaissance de l'équipe d'inspection, notamment des manques réguliers de serviettes et de draps nécessitant l'utilisation de draps en guise de serviettes, ce qui pose un réel problème de confort et d'hygiène.</p> <p>Par ailleurs, le linge des résidents et du personnel est pris en charge par la lingerie de l'établissement. Toutefois, des manques d'organisation ont été relevés, notamment l'absence d'un circuit clair et respecté</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>pour le linge propre et le linge sale, notamment dans l'utilisation des ascenseurs. Cette situation peut entraîner des problèmes d'hygiène et d'efficacité dans la gestion du linge.</p> <p>Il a également été signalé à la mission que l'été 2024 a été marqué par des pertes importantes de linge appartenant aux résidents, soulevant la nécessité de renforcer les mesures de suivi et de sécurisation de ces effets personnels.</p> <p>Remarque 24 : La gestion du stock de linge plat géré par un prestataire externe et l'organisation du circuit du linge en interne manquent d'organisation pour répondre à la qualité et à l'hygiène des soins.</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.8 Soins	3.4.1. <u>L'organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	<p>Selon la fiche de poste de l'IDE, elle est missionnée pour réaliser les prises de sang au sein de l'EHPAD.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 25 : [REDACTED]</p>

3.5. Soins : Les moyens pour la prise en soin

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.8 Soins	3.5.1. <u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u>	L'équipe d'inspection constate que les DLU sous format papier sont présents dans les dossiers médicaux papiers des résidents.
3.8 Soins	3.5.2. <u>Le chariot d'urgence</u>	<p>Les dispositifs médicaux dédiés à la prise en charge en urgence sont répartis en 2 sacoches d'urgence (1 grande rouge et 1 petite noire). Cependant, l'équipe d'inspection constate que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune signalétique ne permet d'identifier la petite sacoche noire comme un complément de la grande sacoche rouge ; - Les sacoches d'urgence sont stockées au-dessus des meubles hauts de la pharmacie, difficilement accessibles selon la taille des professionnels ; - Les sacoches ne sont pas scellées. <p>Les entretiens ont informé l'équipe d'inspection que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vérification des sacoches d'urgence a été faite récemment sans avoir été tracée. Selon les documents transmis, la dernière vérification date de novembre 2024. Or, sur le document de traçabilité de la trousse d'urgence, il est indiqué une vérification mensuelle et la pose d'un scellé. - Les professionnels, hors IDE, ne connaissent pas l'emplacement des sacoches d'urgence.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
			<p>Écart 28 : La prise en charge de situation en cas d'urgence n'est pas sécurisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de signalétique sur les différentes sacoches qui contiennent les dispositifs de prise en charge en urgence ; - L'absence de signalétique de l'emplacement des sacoches d'urgence ; - L'ignorance des professionnels de l'emplacement des sacoches d'urgence. - L'accès difficile des sacoches d'urgence stockées en hauteur ; - L'absence de scellé sur les sacoches d'urgence ; - L'absence de traçabilité systématique et en temps réel de la vérification des sacoches d'urgence. - La vérification n'est pas réalisée mensuellement comme indiqué sur les documents de traçabilité. <p>Cela contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF et aux recommandations de l'OMÉDIT Centre Val de Loire-2017 ²⁶.</p> <p>L'équipe d'inspection constate que l'aspirateur à mucosité est stocké en hauteur au-dessus d'étagères hautes dans une pièce de réserve, fermée à clé, à côté de l'infirmerie au 1^{er} étage et sa présence n'est pas signalée dans l'EHPAD, ni sur la porte de la réserve.</p> <p>Les résidents prennent leur repas dans la salle à manger du rez-de-chaussée et ceux ayant un risque de fausse route dans celle au 2^{ème} étage.</p> <p>Les entretiens ont informé l'équipe d'inspection que les professionnels, hors IDE, ne connaissent pas l'emplacement de cet aspirateur. De plus, les professionnels ne sont pas formés à l'utilisation de l'aspirateur à mucosité présent sur l'EHPAD.</p> <p>Dans le plan de formation 2025-2026 transmis à l'équipe d'inspection, une formation par l'IDEC sur l'utilisation de l'aspirateur à mucosité est prévue.</p> <p>Écart 29 : En n'informant pas l'ensemble des professionnels de l'emplacement de l'aspirateur à mucosité et en ne les formant pas à son utilisation, la direction de l'établissement ne peut garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>
3.8 Soins	3.5.3. <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u>		<p>Le DAE est stocké à côté des sacoches d'urgence au-dessus des meubles haut de la pharmacie, comme lors de la première inspection.</p>

²⁶ Urgences médicales internes adultes-OMEDIT Centre-2017 - https://www.omedit-centre.fr/medias/Chariot-urgence_urgences-medicales-interne-adultes.pdf

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>De plus, l'équipe d'inspection constate que le voyant d'indication de l'état de la batterie est éteint et qu'il n'y a pas d'électrode.</p> <p>Remarque 26 : Le DAE n'est pas installé dans un endroit visible, accessible de tous et signalé dans l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R157-2 du code de la construction et de l'habitation.</p> <p>Écart 30 : L'absence de maintenance, de contrôle qualité du DAE, de batterie et d'électrodes ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF et l'article R157-4 ²⁷ du code de la construction et de l'habitation.</p>
3.8 Soins	3.5.4. <u>Les procédures et protocoles de soins</u>	<p>Selon les entretiens, la réactualisation des procédures et des protocoles de soins, instituée par l'ancienne IDEC, est poursuivie par la nouvelle IDEC.</p> <p>Le classeur regroupant l'intégralité des protocoles de soins, initialement placé dans l'infirmerie, est, au jour de l'inspection, dans le bureau de la cadre de santé.</p> <p>Remarque 27 : Durant la réactualisation des protocoles de soins, les professionnels n'y ont pas accès, ce qui peut engendrer des dérives de bonnes pratique professionnelles au sein de l'EHPAD.</p> <p>L'équipe d'inspection a demandé la transmission de certains protocoles de soins, mais ils n'ont pas été transmis.</p> <p>Écart 31 : La non-transmission des protocoles de soins demandé dans le cadre de l'inspection contrevient aux dispositions de l'article L1421-3 ²⁸ du CSP.</p>

²⁷ R157-4 du code de la construction et de l'habitation :

Le propriétaire du défibrillateur veille à la mise en œuvre de la maintenance du défibrillateur et de ses accessoires et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite. La maintenance est réalisée soit par le fabricant ou sous sa responsabilité, soit par un fournisseur de tierce maintenance, soit, si le propriétaire n'est pas l'exploitant, par l'exploitant lui-même conformément aux dispositions de l'article R. 5212-25 du code de la santé publique.

²⁸ Article L1421-3 du CSP :

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaire aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications [...]

3.6. Soins : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.8 Soins	3.6.1. <u>Les procédures du circuit du médicament</u>	<p>Les entretiens ont informé l'équipe d'inspection que l'organisation du circuit du médicament est présentée oralement entre professionnels qui ne consultent pas la procédure écrite du circuit du médicament.</p> <p>L'équipe d'inspection constate l'absence de la procédure du médicament dans le classeur de protocole situé dans la pharmacie. Néanmoins, elle est présente dans le classeur de procédure en cours d'actualisation dans le bureau de l'IDEC.</p> <p>La procédure dans le classeur du bureau de l'IDEC n'est autre que le guide du circuit du médicament de l'OMéDIT, qui ne présente aucune adaptation au fonctionnement et l'organisation au sein de l'EHPAD Résidence Simone VEIL.</p> <p>Écart 32 : La procédure du circuit du médicament est le guide de l'OMéDIT sans adaptation au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement, ce qui ne garantit pas l'harmonisation de la mise en œuvre de bonnes pratiques par l'ensemble des professionnels. Cela ne garantit la sécurisation du circuit du médicament auprès des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>
3.8 Soins	3.6.2. <u>Les prescriptions médicales</u>	<p>Le MédCo a quitté ses fonctions [REDACTED]. Au jour de l'inspection, les prescriptions sont en vigueur.</p> <p>Remarque 28 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'IDE doit veiller au renouvellement des ordonnances, notamment en collaboration avec les médecins traitants des résidents.</p>
3.8 Soins	3.6.3. <u>Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie</u>	<p>Les ordonnances sont scannées à la pharmacie par mail ([REDACTED]).</p>
3.8 Soins	3.6.4. <u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u>	<p>Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments sur l'EHPAD.</p> <p>Remarque 29 : L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments diffusable aux médecins traitants.</p>
3.8 Soins	3.6.5. <u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u>	<p>Il est indiqué à l'équipe d'inspection un stock de médicaments pour besoin urgent dans un placard.</p> <p>Ce stock est composé de médicaments non utilisés par les résidents et ne peut être qualifié de stock de médicaments pour besoin urgent qui doit faire l'objet d'une réflexion médicale afin d'identifier les médicaments dont le début d'administration ne peut être tributaire des horaires d'ouverture de la pharmacie pour leur dispensation.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
		<p>Remarque 30 : Le contenu du stock de médicaments pour besoin urgent ne fait pas l'objet d'une réflexion médicale pour identifier les médicaments devant y être présents ainsi que leur posologie et leur quantité, ce qui ne respecte pas les recommandations du guide du circuit du médicament en EHPAD-ARS PACA-2023 ²⁹ (page 50).</p>
3.8 Soins	3.6.6. <u>Les stupéfiants</u>	<p>Les médicaments stupéfiants sont stockés dans un coffre à stupéfiant sécurisé [REDACTED], [REDACTED].</p> <p>Le jour de l'inspection, le coffre ne contient que des médicaments stupéfiants.</p> <p>L'équipe d'inspection constate néanmoins la présence de médicaments stupéfiants à côté du coffre à stupéfiants. Selon les entretiens, ce sont des médicaments stupéfiants en attente d'élimination.</p> <p>La mission enjoint l'IDE de les remettre à l'intérieur du coffre à stupéfiants pour les sécuriser et lui demande de s'approprier rapidement la conduite à tenir pour procéder à leur élimination en toute sécurité.</p> <p>Écart 33 : En stockant des médicaments stupéfiants en dehors du coffre dédié à cet effet, les professionnels de soins contreviennent à l'article R5126-109 ³⁰ du CSP.</p>
3.8 Soins	3.6.7. <u>La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u>	<p>La livraison des médicaments en piluliers (PDA sous forme de sachets en escargot) pour la semaine suivante à compter du lundi a lieu tous les vendredis pour être vérifiée et rangée durant le week-end.</p> <p>La livraison des médicaments hors pilulier a lieu 1 fois par mois et sont stockés dans le chariot de médicaments ou dans des placards.</p>
3.8 Soins	3.6.8. <u>La préparation des médicaments</u>	<p>Les codes couleur sur certains tiroirs sont connus de l'IDE, informations transmises oralement entre professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vert : résident [REDACTED] ; - Rouge : médicaments [REDACTED]. <p>La mission ne constate pas d'indication des codes couleur sur le chariot de médicament ou dans l'infirmier/pharmacie.</p> <p>Écart 34 : L'absence de définition des codes couleurs sur certains tiroirs du chariot de distribution des médicaments ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>

²⁹ Guide circuit du médicament en EHPAD-ARS ARA-2023 : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/18322/download>

³⁰ R5126-109 CSP :

Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.8 Soins	3.6.9. <u>La préparation des médicaments hors piluliers</u>	<p>La préparation des médicaments hors pilulier est réalisée par l'infirmier.</p> <p>Selon les entretiens, lors de l'absence d'infirmier, l'IDEC prend le relais pour la distribution des médicaments.</p> <p>Cependant, lors de l'absence de l'IDE et de l'IDEC, les médicaments hors piluliers [REDACTED].</p> <p>Écart 35 : En l'absence de l'IDE et de l'IDEC, la distribution des médicaments hors pilulier [REDACTED] ; la direction contrevient ainsi aux dispositions de l'article L1110-1¹⁵ du CSP.</p>
3.8 Soins	3.6.10. <u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u>	<p>L'équipe d'inspection constate que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le chariot de distribution des médicaments est dépourvu de médicaments accessibles sur le dessus du chariot ; - L'identification des médicaments hors piluliers est satisfaisante avec une étiquette du résident sur l'emballage. <p>Le chariot de distribution des médicaments dispose d'une porte à fermeture à code mais celle-ci est bloquée en position ouverte. L'équipe d'inspection est informée que, lors de la distribution des médicaments dans les étages, pour parfaire la sécurisation du chariot, l'IDE met le côté ouvert du chariot contre le mur.</p> <p>Écart 36 : En ne sécurisant pas le contenu du chariot de distribution des médicaments, la sécurité des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3^{Erreur ! Signet non défini.} du CASF.</p> <p>L'équipe d'inspection constate un stock de certains médicaments en grande quantité dans les placards de la pharmacie. Selon les entretiens, ces stocks sont importants au vu de la quantité utilisée et ces stocks ne sont pas comptabilisés avant la livraison mensuelle des médicaments hors piluliers par la pharmacie.</p> <p>Remarque 31 : Le stock des médicaments n'est pas vérifié pour adapter la quantité de ces derniers dans les livraisons régulières de la pharmacie.</p> <p>Il n'a pas été présenté à l'équipe d'inspection de procédure de vérification du stock médicamenteux, ni la convention signée avec la pharmacie.</p> <p>Néanmoins, l'équipe d'inspection n'a pas constaté de médicaments périmés dans les stocks observés.</p> <p>Remarque 32 : L'absence de procédure de vérification du stock de médicament ne permet pas d'optimiser la quantité de médicaments en stock par rapport au besoin de l'EHPAD.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.8 Soins	3.6.11. <u>La délégation par l'IDE de l'administration des médicaments</u>	<p>Selon les entretiens, l'équipe d'inspection est informée que les formes galéniques des médicaments sont adaptées à la capacité de déglutition des résidents. Au vu des prescriptions dans le classeur infirmier, il n'y a pas de médicament nécessitant une préparation (goutte) et à distribuer par les professionnels de nuit.</p> <p>Une procédure de délégation des médicaments a été transmise à la mission. Cette dernière tient compte des compétences des professionnels à qui peut être déléguée l'aide à la prise des médicaments.</p> <p>Cependant, cette procédure concerne la distribution des médicaments, au sein d'une unité d'hébergement par les AS/AES/ASG, de médicaments placés dans des sachets individuel préalablement disposés dans un plateau par l'infirmier.</p> <p>Cette procédure ne fait pas mention de l'organisation de la distribution en cas d'absence de l'IDE et de l'IDEC (Cf.3.6.9)</p> <p>Écart 37 : En l'absence de l'IDE et de l'IDEC, la distribution des médicaments n'est pas formalisée, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents en matière de prise en charge médicamenteuse. Cela contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CSP.</p> <p>Selon les plannings, l'IDE termine son poste à ■h et l'équipe de nuit arrive à ■h.</p> <p>Selon les entretiens, certains professionnels de nuit viennent à ■h■ pour un temps de transmission orale avec l'IDE.</p> <p>Écart 38 : L'absence de temps de transmission le soir entre les IDE et les AS de nuit ne permet pas un encadrement et un accompagnement régulier dans le suivi de l'application des bonnes pratiques avec les AS de nuit chargées, par délégation des IDE, de la distribution des médicaments qui est réalisé sous la responsabilité des IDE (R4311-4 ¹⁸ du CSP). Cela ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p> <p>Une procédure de distribution des médicament la nuit est transmise à l'équipe d'inspection. Néanmoins, cette procédure ne stipule pas les professionnels pouvant distribuer les médicaments la nuit, en dehors de la présence de l'IDE, conformément à l'article R4311-4 du CSP.</p> <p>Écart 39 : L'absence, dans la procédure de distribution des médicaments la nuit, de précision des professionnels qualifiés pour la distribution des médicaments en dehors de la présence de l'IDE, ne garantit pas l'absence de glissement de tâches ainsi que la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
3.8 Soins	3.6.12. <u>L'identitovigilance des résidents</u>	<p>L'équipe d'inspection constate que les photos des résidents sont présentes dans le classeur des ordonnances et sur chacun des tiroirs du chariot de distribution des médicaments.</p> <p>Néanmoins, la mission constate que, lors de la distribution des médicaments, l'IDE n'utilise ni chariot de distribution des médicaments, ni le classeur des ordonnances. De plus, l'équipe d'inspection n'a pas constaté la présence de plan de table actualisés dans les salles à manger (aucune dans celle du rez-de-chaussée et 1 non mis à jour dans celle du 2^{ème} étage).</p> <p>Selon les entretiens, les IDE vacataires se voient obligées de demander aux professionnels connaissant les résidents de les aider à identifier les résidents en salle à manger, voire de regarder les étiquettes des vêtements pour confirmer l'identité des résidents, en espérant que ce soit bien le bon vêtement porté par le bon résident.</p> <p>Écart 40 : En ne veillant pas à la qualité de l'identitovigilance tout au long du circuit du médicament, la direction ne garantit pas la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 <small>Erreur ! Signet non défini.</small> du CASF.</p>
3.8 Soins	3.6.13. <u>La traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration</u>	<p>Remarque 33 : L'absence de moyen permettant une traçabilité des soins en temps réel peut générer une perte d'information sur la prise en charge des résidents.</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
4.2 Coordination avec les autres secteurs	4.1.1. <u>La/les convention(s) avec l'hospitalisation à domicile (HAD)</u>	<p>L'avenant de la reconduction triennale de la convention signée en 2013 entre l'EHPAD et l'HAD [REDACTED] n'est pas transmis à l'équipe d'inspection.</p> <p>Remarque 34 : La convention signée entre l'EHPAD et l'HAD [REDACTED] est obsolète en l'absence de preuve de son renouvellement par voie d'avenant, comme mentionné dans la convention initiale.</p>
	4.1.2. <u>Convention avec un centre hospitalier</u>	<p>Une convention a été signée en 2010 entre l'EHPAD et le groupe hospitalier [REDACTED] pour la prise en charge des résidents en consultation d'évaluation gériatrique, consultation mémoire, consultation de spécialités (ORL, ophtalmologie, cardiologie, rhumatologie, douleur, ...), court séjour gériatrique, services de spécialité (y compris psychiatrie), soins de suite et de réadaptation ; soins de longue durée, HAD, équipe mobile gériatrique.</p> <p>Un avenant de reconduction a été signé en 2013 pour une durée de 5 ans.</p> <p>Remarque 35 : Depuis 2018, la convention avec l'établissement de santé n'a pas été renouvelée.</p> <p>Une convention a été signée en novembre 2013 avec tacite reconduction annuelle entre l'EHPAD et le centre hospitalier [REDACTED] pour une prise en charge en soins. Néanmoins, la convention précise une évaluation annuelle de l'exactitude de la convention ; Aucun document ne montre l'effectivité de cette réévaluation.</p> <p>Remarque 36 : L'évaluation annuelle de la convention entre l'EHPAD et le [REDACTED] n'est pas effective.</p> <p>Une convention a été signée en octobre 2023 entre l'EHPAD et l'hôpital [REDACTED] dans le cadre d'une expérimentation [REDACTED] pour « contribuer à la qualité de la prévention, de la prise en charge et du maintien de l'autonomie de résidents atteints ou susceptible d'être atteints [REDACTED] et pour renforcer la formation du personnel soignant et l'évolution des pratiques. »</p>
	4.1.3. <u>Convention avec un centre d'ophtalmologie</u>	<p>Une convention a été signée en novembre 2023 entre l'EHPAD et [REDACTED] proposant des consultations d'ophtalmologie.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Constats de la suite d'inspection du 23/01/2025
	4.1.4. <u>Convention avec un laboratoire d'analyses médicales</u>	<p>Une convention a été signée en 2014 pour une durée indéterminée entre l'EHPAD et un laboratoire d'analyses médicales [REDACTED] pour la réalisation des prélèvements prescrits au sein de l'EHPAD et l'analyse de ces prélèvements.</p> <p>Cette convention n'a pas été réactualisée depuis la modification de la fiche de tâche de l'infirmier qui réalise les prises de sang au sein de l'EHPAD [REDACTED].</p> <p>Remarque 37 : La procédure de soins concernant la réalisation au sein de l'EHPAD et l'acheminement des prélèvements au laboratoire n'est pas effective.</p> <p>Remarque 38 : La convention entre l'EHPAD et le laboratoire d'analyses médicales n'a pas été actualisée au vu des modification des pratiques au sein de l'EHPAD.</p>
	4.1.5. <u>Convention avec un infirmier mobile d'hygiène</u>	<p>Une convention a été signée en mars 2019, pour une durée de 1 an, avec le groupe hospitalier [REDACTED] dans le cadre du programme.</p> <p>Cette convention n'est donc plus valide.</p>
	4.1.6. <u>Convention avec un service d'astreintes infirmières</u>	<p>Une convention a été signée en décembre 2021, pour une durée de 3 ans puis tacitement renouvelée annuellement, entre l'EHPAD et [REDACTED] qui propose une astreinte infirmière de nuit avec déplacement si besoin pour des soins initialement prescrits.</p> <p>Remarque 39 : La convention d'astreintes infirmière de nuit n'est pas connue des professionnels de l'EHPAD.</p>
	4.1.7. <u>Protocole de coopération avec SOS médecin</u>	<p>Un protocole de coopération a été signé en 1999, avec tacite reconduction annuelle, entre l'EHPAD et [REDACTED] pour intervenir et faire face aux urgences courantes de la médecine de ville.</p>
	4.1.8. <u>Convention de partenariat avec d'autres ESSMS</u>	<p>Une convention de partenariat a été signée en février et mai 2024, pour une durée de 2 ans puis tacitement renouvelée bisannuellement entre l'EHPAD et [REDACTED].</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] ces conventions de coopération ne peuvent être honorées dans leur entièreté et n'ont pas été réactualisées.</p> <p>Remarque 40 : La convention de partenariat avec les [REDACTED] n'a pas été réactualisée [REDACTED].</p>

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En ne respectant pas l'obligation d'information de tout changement d'activité aux autorités compétentes, l'organisme gestionnaire méconnaît ses obligations réglementaires et contrevient aux dispositions de l'article L313-1 du CASF.	9
<u>Écart 2 :</u>	Le règlement de fonctionnement n'a pas été révisé depuis 2019 ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	10
<u>Écart 3 :</u>	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	10
<u>Écart 4 :</u>	En l'état, le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation en vigueur, notamment il ne mentionne pas les modalités d'organisation et de déploiement adaptées à chacun des 5 plans de réponses du dispositif ORSAN, ce qui contrevient aux dispositions des articles R311-38-1 du CASF et R3131-4 du CSP.	11
<u>Écart 5 :</u>	Les documents cadrant les missions et le niveau de responsabilité de la directrice par intérim, demandés lors de l'entretien sur site, n'ont pas été transmis à la mission (contrat de travail, lettre de mission, document unique de délégation) ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF.	13
<u>Écart 6 :</u>	En l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF	14
<u>Écart 7 :</u>	Lors de l'unique CVS en 2024, l'absence d'un représentant de l'organisme gestionnaire et du médecin coordonnateur ne respecte pas les obligations légales définies par l'article D311-5 du CASF.	15
<u>Écart 8 :</u>	En ne réalisant pas au moins 3 séances du comité de vie sociale par an, la direction contrevient aux dispositions de l'article D311-16 CASF.	16
<u>Écart 9 :</u>	L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et de politique « gestion qualité » contrevient aux articles L312-8 et L312-203 du CASF.	17
<u>Écart 10 :</u>	En ne formalisant pas une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, la direction contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	18
<u>Écart 11 :</u>	En ne formant pas les professionnels à l'identification des différents niveaux d'évènements indésirables, la direction n'en favorise pas leur déclaration et, par conséquent, leur analyse ainsi que la mise en place d'action correctrice pour éviter leur itération, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.331-8 du CSP.	19
<u>Écart 12 :</u>	[REDACTED]	23
<u>Écart 13 :</u>	[REDACTED]	24
<u>Écart 14 :</u>	Le non-remplacement systématique des IDE compromet la continuité, la qualité et la sécurité des soins infirmiers ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 ¹⁷ du CASF.	26
<u>Écart 15 :</u>	En ne planifiant pas de temps de chevauchement entre les équipes soignantes de jour et de nuit, la direction ne garantit pas la prise en charge optimale des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	27

<u>Écart 16 :</u>	En autorisant l'exécution de soins infirmiers par des salariés non qualifiés, notamment la distribution, la préparation ou l'injection des médicaments, l'organisme gestionnaire et la direction organisent sciemment un glissement des tâches des fonctions d'IDE ce qui constitue un risque réel et sérieux pour la sécurité et la santé des résidents de même que la qualité de leur prise en charge et contrevient aux articles L4311-2 , R4311-4 du CSP et L.311-3 ¹⁷ du CASF.	30
<u>Écart 17 :</u>	Le poste d'infirmier n'est pas quotidiennement pourvu, dans le respect de la réglementation, ce qui compromet gravement la continuité, la qualité et la sécurité des soins et contrevient aux articles L1110-1 ¹⁸ du CSP et L311-3 ¹⁷ du CASF.	30
<u>Écart 18 :</u>	Les dossiers des résidents ne sont pas complets et rien ne permet de garantir que les droits des résidents sont respectés ce qui nuit aux articles L311-4 , L311-4-1 et L311-5-1 du CASF.	32
<u>Écart 19 :</u>	Les locaux de l'EHPAD présentent des signes de dégradation, ce qui compromet la sécurité des résidents et ne respecte pas les dispositions de l'article L 311-3 ¹⁷ D. 312-159-2 et à l'annexe 2-3-1 , II, 2°, 3°, 6° et 7° du CASF.	33
<u>Écart 20 :</u>	La défaillance de la chambre froide et du chariot de maintien au chaud compromet la sécurité alimentaire et la qualité des repas servis aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	33
<u>Écart 21 :</u>	L'absence d'eau chaude dans certaines chambres, d'entretien des fontaines à eau, de prélèvement de recherche de légionellose ne garantit pas la sécurité et la dignité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 ¹⁷ , D. 312-159-2 ²⁵ et à l'annexe 2-3-1 ²⁶ , II, 2°, 3°, 6° et 7° du CASF.	35
<u>Écart 22 :</u>	La non-accessibilité des appels malade dans les salles de bain/toilettes des chambres et dans les toilettes communes du rez-de-chaussée et le dysfonctionnement du système des alertes des appels malades ne garantissent pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ CASF.	36
<u>Écart 23 :</u>	L'absence d'animateur et d'animation au sein de l'EHPAD favorise le déclin de la qualité de vie des résidents et ne répond pas aux attentes et aux besoins d'accompagnement des résidents. Cela contrevient aux dispositions de l'article D. 312-159-2 ²⁵ et l'annexe 2-3-1 , V, 1° CASF	38
<u>Écart 24 :</u>	En ne veillant pas à la réalisation de test de la déglutition, la prise en charge des résidents n'est pas optimale, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	39
<u>Écart 25 :</u>	En l'absence de diffusion et de sensibilisation des professionnels à la procédure à suivre en cas de fausse route, combiné à l'absence de moyen d'appel en salle manger, la sécurité des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	39
<u>Écart 26 :</u>	L'absence d'affichage en salle à manger ou d'actualisation des plans de table est source de confusion pour les nouveaux professionnels, et ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	40
<u>Écart 27 :</u>	L'absence de clarté dans l'affichage des résidents mangeant en chambre ne garantit pas la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311- 3 ¹⁷ du CASF.	41
<u>Écart 28 :</u>	La prise en charge de situation en cas d'urgence n'est pas sécurisée par : - L'absence de signalétique sur les différentes sacoches qui contiennent les dispositifs de prise en charge en urgence ; - L'absence de signalétique de l'emplacement des sacoches d'urgence ; - L'ignorance des professionnels de l'emplacement des sacoches d'urgence. - L'accès difficile des sacoches d'urgence stockées en hauteur ; - L'absence de scellé sur les sacoches d'urgence ; - L'absence de traçabilité systématique et en temps réel de la vérification des sacoches d'urgence. - La vérification n'est pas réalisée mensuellement comme indiqué sur les documents de traçabilité. Cela contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 ¹⁷ du CASF et aux recommandations de l'OMéDIT Centre Val de Loire-2017 .	44
<u>Écart 29 :</u>	En n'informant pas l'ensemble des professionnels de l'emplacement de l'aspirateur à mucosité et en ne les formant pas à son utilisation, la direction de l'établissement ne peut garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 ¹⁷ du CASF.	44

<u>Écart 30 :</u>	L'absence de maintenance, de contrôle qualité du DAE, de batterie et d'électrodes ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 ¹⁷ du CASF et l'article R157-4 du code de la construction et de l'habitation.	45
<u>Écart 31 :</u>	La non-transmission des protocoles de soins demandé dans le cadre de l'inspection contrevient aux dispositions de l'article L1421-3 du CSP.	45
<u>Écart 32 :</u>	La procédure du circuit du médicament est le guide de l'OMéDIT sans adaptation au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement, ce qui ne garantit pas l'harmonisation de la mise en œuvre de bonnes pratiques par l'ensemble des professionnels. Cela ne garantit la sécurisation du circuit du médicament auprès des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 ¹⁷ du CASF.	46
<u>Écart 33 :</u>	En stockant des médicaments stupéfiants en dehors du coffre dédié à cet effet, les professionnels de soins contreviennent à l'article R5126-109 du CSP.	47
<u>Écart 34 :</u>	L'absence de définition des codes couleurs sur certains tiroirs du chariot de distribution des médicaments ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	47
<u>Écart 35 :</u>	En l'absence de l'IDE et de l'IDEC, la distribution des médicaments hors pilulier [REDACTED] ; la direction contrevient ainsi aux dispositions de l'article L1110-1 ¹⁸ du CSP.	48
<u>Écart 36 :</u>	En ne sécurisant pas le contenu du chariot de distribution des médicaments, la sécurité des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 ¹⁷ du CASF.	48
<u>Écart 37 :</u>	En l'absence de l'IDE et de l'IDEC, la distribution des médicaments n'est pas formalisée, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents en matière de prise en charge médicamenteuse. Cela contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CSP.	49
<u>Écart 38 :</u>	L'absence de temps de transmission le soir entre les IDE et les AS de nuit ne permet pas un encadrement et un accompagnement régulier dans le suivi de l'application des bonnes pratiques avec les AS de nuit chargées, par délégation des IDE, de la distribution des médicaments qui est réalisé sous la responsabilité des IDE (R4311-4 ²¹ du CSP). Cela ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 ¹⁷ du CASF.	49
<u>Écart 39 :</u>	L'absence, dans la procédure de distribution des médicaments la nuit, de précision des professionnels qualifiés pour la distribution des médicaments en dehors de la présence de l'IDE, ne garantit pas l'absence de glissement de tâches ainsi que la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ¹⁷ du CASF.	49
<u>Écart 40 :</u>	En ne veillant pas à la qualité de l'identitovigilance tout au long du circuit du médicament, la direction ne garantit pas la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 ¹⁷ du CASF.	50

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Le livret d'accueil transmis contient le nom de l'ancien directeur de l'EHPAD.	10
<u>Remarque 2 :</u>	L'organigramme ne mentionne pas les ETP des professionnels.	11
<u>Remarque 3 :</u>	L'absence de directeur en titre ([REDACTED]) et l'intérim assuré par une autre directrice de l'organisme gestionnaire ne permet pas une présence suffisante de celle-ci ce qui nuit à l'organisation et à la communication au sein de l'établissement.	12
<u>Remarque 4 :</u>	Les modalités de remplacement de la direction ne sont ni formalisées ni communiquées aux professionnels.	14

<u>Remarque 5 :</u>	La mission constate l'absence de document formalisé précisant les délégations de signatures confiées au directeur.	14
<u>Remarque 6 :</u>	La mission constate que l'IDEC n'a pas de fiche de poste nominative et singulière.	14
<u>Remarque 7 :</u>	En ne distinguant pas les événements indésirables relevant de dysfonctionnements ou des travaux, la direction ne permet pas une information claire aux membres du CVS.	16
<u>Remarque 8 :</u>	Les modalités de la prise en charge de la gestion de la qualité au sein de l'EHPAD par le siège de l'association gestionnaire ne sont pas formalisées.	17
<u>Remarque 9 :</u>	Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations.	18
<u>Remarque 10 :</u>	Les familles et résidents n'ont pas accès à un registre leur permettant de faire part de leur réclamation.	18
<u>Remarque 11 :</u>	Les actions décidées pour éviter l'itération d'événement indésirable ne sont pas systématiquement mises en œuvre.	19
<u>Remarque 12 :</u>	[REDACTED]	23
<u>Remarque 13 :</u>	Les documents utilisés par l'établissement pour répertorier les professionnels [REDACTED].	23
<u>Remarque 14 :</u>	Le plan de formation 2025-2026 n'inclut pas de VAE afin de promouvoir l'évolution des compétences des professionnels.	25
<u>Remarque 15 :</u>	La mission constate l'absence de procédure d'accueil des nouveaux salariés	25
<u>Remarque 16 :</u>	[REDACTED]	25
<u>Remarque 17 :</u>	Les effectifs d'ASH ne sont pas répartis équitablement sur l'ensemble de la semaine ni sur les 2 roulements.	28
<u>Remarque 18 :</u>	Le compte-rendu de la rencontre entre l'organisme gestionnaire et [REDACTED] n'ont pas été communiqués à la mission.	32
<u>Remarque 19 :</u>	La prestation de restauration actuelle n'est pas optimale, tant sur la constance de la qualité que sur l'adaptation aux besoins et envies des résidents.	39
<u>Remarque 20 :</u>	L'intervalle entre le goûter et le dîner ainsi que la période de jeûne nocturne en cas d'absence de collation supérieure à 12h, ne permettent pas un confort alimentaire et ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN (2015).	40
<u>Remarque 21 :</u>	L'insuffisance des portions alimentaires peut entraîner un risque de dénutrition chez les résidents, compromettant ainsi leur état de santé et leur prise en charge globale.	40
<u>Remarque 22 :</u>	En servant des repas non mixés à des résidents le nécessitant, le risque de fausse route est augmenté.	40
<u>Remarque 23 :</u>	L'absence de formalisation des pratiques de distribution des protections, combinée à un manque de coordination entre les membres du personnel, entraîne une gestion des stocks peu efficiente.	41
<u>Remarque 24 :</u>	La gestion du stock de linge plat géré par un prestataire externe et l'organisation du circuit du linge en interne manquent d'organisation pour répondre à la qualité et à l'hygiène des soins.	42
<u>Remarque 25 :</u>	[REDACTED]	42
<u>Remarque 26 :</u>	Le DAE n'est pas installé dans un endroit visible, accessible de tous et signalé dans l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R157-2 du code de la construction et de l'habitation.	45

<u>Remarque 27 :</u>	Durant la réactualisation des protocoles de soins, les professionnels n'y ont pas accès, ce qui peut engendrer des dérives de bonnes pratique professionnelles au sein de l'EHPAD.	45
<u>Remarque 28 :</u>	En l'absence de médecin coordonnateur, l'IDE doit veiller au renouvellement des ordonnances, notamment en collaboration avec les médecins traitants des résidents.	46
<u>Remarque 29 :</u>	L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments diffusable aux médecins traitants.	46
<u>Remarque 30 :</u>	Le contenu du stock de médicaments pour besoin urgent ne fait pas l'objet d'une réflexion médicale pour identifier les médicaments devant y être présents ainsi que leur posologie et leur quantité, ce qui ne respecte pas les recommandations du guide du circuit du médicament en EHPAD-ARS PACA-2023 (page 50).	47
<u>Remarque 31 :</u>	Le stock des médicaments n'est pas vérifié pour adapter la quantité de ces derniers dans les livraisons régulières de la pharmacie.	48
<u>Remarque 32 :</u>	L'absence de procédure de vérification du stock de médicament ne permet pas d'optimiser la quantité de médicaments en stock par rapport au besoin de l'EHPAD.	48
<u>Remarque 33 :</u>	L'absence de moyen permettant une traçabilité des soins en temps réel peut générer une perte d'information sur la prise en charge des résidents.	50
<u>Remarque 34 :</u>	La convention signée entre l'EHPAD et l'HAD [REDACTED] est obsolète en l'absence de preuve de son renouvellement par voie d'avenant, comme mentionné dans la convention initiale.	51
<u>Remarque 35 :</u>	Depuis 2018, la convention avec l'établissement de santé n'a pas été renouvelée.	51
<u>Remarque 36 :</u>	L'évaluation annuelle de la convention entre l'EHPAD et le [REDACTED] n'est pas effective.	51
<u>Remarque 37 :</u>	La procédure de soins concernant la réalisation au sein de l'EHPAD et l'acheminement des prélèvements au laboratoire n'est pas effective.	52
<u>Remarque 38 :</u>	La convention entre l'EHPAD et le laboratoire d'analyses médicales n'a pas été actualisée au vu des modification des pratiques au sein de l'EHPAD.	52
<u>Remarque 39 :</u>	La convention d'astreintes infirmière de nuit n'est pas connue des professionnels de l'EHPAD.	52
<u>Remarque 40 :</u>	La convention de partenariat avec les [REDACTED] n'a pas été réactualisée [REDACTED].	52

6. Conclusion

Le contrôle de l'EHPAD Résidence Simone VEIL, géré par l'Association ISATIS, a été réalisé sur la base de la visite inopinée sur site le 23 janvier 2025, des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

L'établissement avait précédemment fait l'objet d'une première inspection le 16 février 2023 dans le cadre du PRIC 2023. Il avait été constaté un établissement fragile, présentant des manquements et des dysfonctionnements, relatifs notamment aux ressources humaines et à un manque d'organisation des pratiques professionnelles. Les constats précédents [REDACTED] et ont été identifiés par la direction et l'IDEC nouvellement en poste sur l'EHPAD avec la volonté d'améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD.

L'inspection du 23 janvier 2025 a montré que l'établissement rencontre des difficultés pour la mise en œuvre ou le maintien pérenne d'actions correctrices [REDACTED].

Une rotation importante des professionnels socles tels que la direction, le médecin coordonnateur, l'IDEC et l'IDE, partis durant le dernier trimestre 2024, freine l'atteinte du niveau de qualité de la prise en charge et de sécurité des résidents demandé par les autorités de contrôle et de tarification.

Si la mission a constaté des éléments dont les dysfonctionnements ont été résolus depuis la précédente inspection, elle a relevé de nombreux écarts et dysfonctionnements [REDACTED] qui nécessite que l'organisme gestionnaire et la direction prennent rapidement des mesures correctrices.

- La déclaration des EI aux autorités administratives compétentes ;
- Les affichages obligatoires au sein de l'EHPAD ;
- La participation des personnes de confiance dans l'élaboration et l'actualisation des projets d'accompagnement personnalisés ;
- Le renforcement de la relation entre la direction et l'organisme gestionnaire ;

- L'activité d'accueil de jour [REDACTED] ;
- L'incomplétude du Plan bleu ;
- L'inexistence de projet d'établissement ;
- L'inexistence de plan d'amélioration de la qualité ;
- L'insuffisance de formation des professionnels aux signalement des événements indésirables ;
- L'insuffisance d'effectif de professionnels soignants, notamment infirmier dont la présence n'est pas effective quotidiennement ;
- Le recours important au CDD ;
- L'absence de chevauchement entre les professionnels de soins de jour et de nuit ;
- La persistance de l'absence d'eau chaude dans certaines chambres malgré le changement de la chaudière programmé dans les jours suivants la précédente inspection
- L'inaccessibilité des appels-malades dans les salles de bains des chambres et les toilettes communes ;
- L'absence de traçabilité des distributions des collation nocturnes afin de palier une période de jeûne nocturne supérieure à 12h, l'absence de traçabilité des rations consommées et des rations jugées insuffisantes ;
- L'absence de formalisation adaptée à l'EHPAD de la procédure du circuit du médicament rend difficile son appropriation par les professionnels ;
- L'incomplétude des moyens de respect de l'identivigilance dans le cadre de la distribution des médicaments en salle à manger ;
- L'absence de connaissance par les professionnels de l'emplacement et du fonctionnement de l'aspirateur de mucosité acheté par l'EHPAD à la suite de la précédente inspection ;
- L'absence de test de déglutition ;
- L'accessibilité difficile et l'absence de signalétique de la sacoche d'urgence et du DAE qui, de surcroît, n'est pas en état de fonctionnement ;
- La défaillance des modalités et de contrôle du stockage des médicaments, y compris des stupéfiants ;
- L'absence de moyens pour tracer les soins en temps réels ;
- L'absence d'actualisation des conventions qui ne sont pas tacitement reconduites ;

- L'absence de réactualisation du règlement de fonctionnement au bout de 5 ans ;
- L'absence de médecin coordonnateur ;
- Le non-respect des obligations réglementaires concernant la composition du CVS et le nombre de séances annuelles du CVS ;
- La réalisation par des aides-soignants d'actes dédiés aux infirmiers ;
- L'incomplétude des dossiers administratifs des résidents ;
- Une fuite d'eau provenant du plafond dégrade le couloir du 1^{er} étage ;
- Le dysfonctionnement des équipements de préservation de la chaîne du chaud/froid des repas ;
- L'absence d'animateurs et d'animations au sein de l'EHPAD ;
- L'absence de plan de tables actualisés dans les salles à manger ;

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions d'amélioration afin de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité que les résidents sont en droit d'avoir et qui est attendu par les autorités de contrôle et de tarification.

Saint Denis, le 09/05/2025

Infirmière, inspectrice des ARS,
coordinatrice de la mission

Signé

Inspectrice de l'action sanitaire
et sociale

Signé

Chargée de suivi et de contrôle des ESSMS
pour personnes âgées-Direction de
l'autonomie-service de l'offre médico-Sociale-
Conseil départemental du Val-de-Marne,
désignée par le Président du département.

Signé

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaire de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCG : Commission de coordination gériatrique

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CVS : Conseil de la vie sociale

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

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

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI/EIGG : Évènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Équivalent temps plein

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEC : Infirmier diplômé d'État coordonnateur

MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur

PE : Projet d'établissement

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

PMR : Personnes à mobilité réduite

PMP : PATHOS moyen pondéré




PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

8. Annexes

Annexe I Lettre de mission des agents chargés du contrôle

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	 ars Agence Régionale de Santé Île-de-France	 VAL de MARNE Le département
Cabinet du Directeur général Inspection régionale autonomie santé	Madame [REDACTED], inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France (ARS IDF), Inspection-contrôle autonomie-santé (IRAS-ARS IDF), coordinatrice de la mission ;	
Affaire suivie par [REDACTED] Courriel : [REDACTED]@ars.sante.fr & [REDACTED]@ars.sante.fr Téléphone : [REDACTED]	Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS-ARS IDF	
Conseil départemental du Val-de-Marne	Madame [REDACTED], chargée de suivi et de contrôle des ESSMS pour personnes âgées Direction de l'autonomie-Service de l'offre médico-sociale- Conseil départemental du Val-de-Marne	
Affaire suivie par [REDACTED] Courriel : [REDACTED]@valdemarne.fr & [REDACTED]@valdemarne.fr	Saint-Denis, le	
Références : 2025_IDF_00006		
Objet : Lettre de mission d'inspection de l'EHPAD Résidence Simone VEIL à Maisons-Alfort (94)		
Mesdames,		
L'établissement l'EHPAD Résidence Simone VEIL (Finess : 940816432) situé au 10 Rue Bourgelat, 94700 Maisons-Alfort, géré par l'association ISATIS a fait l'objet d'une inspection le 16 février 2023.		
Par courrier du 8 janvier 2024, il lui a été notifié une injonction, neuf prescriptions et onze recommandations.		
Une visite de contrôle sera réalisée au sein de cet établissement à compter du 23 janvier 2025 à 8h30 afin de vérifier, notamment, la mise en œuvre des mesures correctrices portant sur les thématiques suivantes :		
<ul style="list-style-type: none">- Gouvernance :<ul style="list-style-type: none">o L'organisation de l'amélioration continue de la qualité ;o Le plan bleu ;o Le projet d'établissement ;o La déclaration et la gestion des événements indésirables ;o L'affichage obligatoire ;- Fonction support<ul style="list-style-type: none">o Le taux d'encadrement des résidents ;o L'hygiène des locaux ;o L'alimentation et les troubles de la déglutition ;- La prise en charge<ul style="list-style-type: none">o Les projets individualisés d'accompagnement ;o Le circuit du médicament ;		
La mission de contrôle sera composée de :		
Pour l'ARS :		
<ul style="list-style-type: none">- Madame [REDACTED], inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France (ARS IDF), infirmière chargée d'inspection, IRAS-ARS IDF, coordinatrice de la mission ;- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS-ARS IDF		
13 rue du Landy 93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 09 00 www.iledefrance.ars.sante.fr		

Pour le conseil départemental :

- Madame [REDACTED], chargée de suivi et de contrôle des ESSMS pour personnes âgées-Direction de l'autonomie-service de l'offre médico-Sociale-Conseil départemental du Val-de-Marne, désignée par le Président du département.

La visite comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement.

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

Un compte rendu de visite rédigé par l'équipe de contrôle, nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier destiné à l'inspecté précisant le maintien ou la levée des décisions administratives prises le 8 janvier 2024 et le cas échéant la fixation d'un nouveau point d'étape.

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

Signé

Denis ROBIN

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

Signé

Emmanuelle BARRE

Annexe II Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes sur la plateforme Bluefiles



Jeu

Documents à remettre via la plateforme sécurisée de l'IRAS (ARS IDF)

Lien Bluefiles :



Ou

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Mode de transmission	Transmis O/N
1	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, leur GIR, l'origine des résidents et si bénéficiaires de l'aide sociale (si possible format EXCEL) ;	3 copies papier + clé USB	O
2	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc.) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL) ;	3 copies papier + clé USB	O
3	Un plan des locaux	3 copies papier + clé USB	O
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD	3 copies papier + clé USB	O
5	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légende (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	3 copies papier + clé USB	N

Documents demandés pour une consultation sur place :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Consultation sur place	Remis	Commentaires /Questions
1	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	O	
2	Dossiers RH des salariés	Consultation	O	
3	Registres des délégués du personnel	Consultation	O	
4	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	O	
5	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	N	
6	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M) ;	Consultation	N	
7	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	O	
8	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	Consultation	N	
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne	Consultation	O	

1

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes sur la plateforme Bluefiles

Documents à remettre à la fin de la journée d'inspection via la plateforme sécurisée Bluefiles

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Bluefiles avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
1	I-La gouvernance			
2	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Bluefiles	O	
3	CR des réunions entre le gestionnaire et l'EHPAD	Bluefiles	N	
4	Planning et CR des CODIR EHPAD réalisés depuis le 01/01/2022	Bluefiles	O	X19 (2022-2024-2025)
7	Copies des conclusions des contrôle effectués par la CPAM ou un organisme privé par rapport aux absences pour maladies	Bluefiles	N	
8	Projet d'établissement en vigueur et le rétroplanning de sa réalisation	Bluefiles	O/N	PE 2023-2028 trame vierge de données
12	Tableau de suivi du PACQ	Bluefiles	O	
13	Fiche de poste du référent qualité	Bluefiles	N	
	II-La gestion de la qualité			
15	Procédures et modalités de déclaration des événements indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Bluefiles	N	
16	Fiche support de déclaration	Bluefiles	O	
17	Procédure de gestion et suivi des événements indésirables	Bluefiles	O	
18	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur l'année 2024, des EI-EIG, EIAS, le plan d'actions correctives mises en œuvre	Bluefiles	O	
19	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur l'année 2024, des réclamations et doléances des résidents et des familles ainsi que le plan d'actions correctives mises en œuvre	Bluefiles	N	
20	Liste des EIEIGES déclarés à l'ARS et/ou CD en 2024 avec le compte-rendu des réunions d'analyses et le plan d'actions correctives mis en œuvre	Bluefiles	O	
22	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés en cas de signalement	Bluefiles	N	
	III- Les ressources humaines			
26	Tableau des ETP budgétisés, pourvus et non et les postes vacants du mois en cours (tableau Excel)	Bluefiles	O	
27	Le plan et/ou l'ensemble des actions de fidélisation des professionnels	Bluefiles	N	
29 B	Livret d'accueil nouvel arrivant professionnel (CDI, CDD, intérimaire)	Bluefiles	N	
30 A	Liste des réunions interprofessionnelles et leur fréquence depuis le 01/01/2024	Bluefiles	O	
30 B	CR des réunions interprofessionnelles depuis octobre 2024	Bluefiles	O	Réu adm Réu cuisine
32	Registre unique du personnel depuis juin 2024	Bluefiles	O	
33	Le liste des CDI en poste en janvier 2025 et en cas d'absence des plannings, indiquer le motif	Bluefiles	O	
34	Plannings au format EXCEL des professionnels affectés à la prise en charge des résidents (IDE, AS-AES-AMP, AVS et autres) de jour et de nuit, de janvier, février et mars 2025 + légendes et codes couleurs ;	Bluefiles	O	
35	Liste des différents horaires des professionnels affectés à la prise en charge des résident (IDE, AS-AES-AMP, AVS et autre)	Bluefiles	O	
37	Plan de formation de l'ensemble des professionnels au repérage et au signalement des dysfonctionnements et événements indésirables, le support de formation et l'ensemble des feuilles d'embarquement de toutes les sessions de formation	Bluefiles	N	
39	Les fiches de tâches horaires des IDE, ASI/ASG/AES et ASH de jour et de nuit	Bluefiles	O	Uniquement de jour
41	CR du CSE du 01/06/2024 au 23/01/2025	Bluefiles	O	

2

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Bluefiles avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	IV- La communication interne avec les résidents/familles et la politique de bientraitance			
42 A	Procédure des Projets d'accompagnement individualisé (PAI) (création et réactualisation)	Bluefiles	O	
42 B	Trame d'un Projet d'accompagnement individualisé (PAI)	Bluefiles	O	
42 C	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PAI	Bluefiles	O	
43 B	CR des réunions des CVS de 2024	Bluefiles	O	x1 (2024)
45	Plan Bleu avec toutes ses annexes	Bluefiles	O	Uniquement cartouche
	V- L'organisation/fonctionnement pour la dispensation des soins et la PEC des résidents			
42	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	Bluefiles	O	
43	Extraction du logiciel de soins du PMP et GMP du jour de l'inspection	Bluefiles	O	
44	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Bluefiles	O/N	Uniquement Cyclaned
45 C	Procédure de délégation de la distribution des médicaments de jour et de nuit	Bluefiles	O	
45 D	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	Bluefiles	O	
45 E	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels disponibles à l'EHPAD	Bluefiles	O	
45 F	Liste du stock pour besoin urgent	Bluefiles	N	
45 I	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Bluefiles	N	
45 J	Support de formation sur le circuit du médicament et dates des sessions	Bluefiles	O	Plan de formation
45 H	Feuille d'émargement de la formation sur l'organisation du circuit du médicament	Bluefiles	N	
49	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Bluefiles	O	x4
50	Conventions entre l'EHPAD et structures extérieures au titre de la continuité des soins :	Bluefiles	O	x6
50 G	*Autres ESSMS	Bluefiles	O	x2
53	-Les protocoles suivant :	Bluefiles		
53 J	*fausse-route,	Bluefiles	N	
54 A	Support de formation sur les tests de déglutition	Bluefiles	N	
54 B	Feuille d'émargement de la formation sur les tests de déglutition	Bluefiles	N	
55 C	Procédure de vérification de la sacoché d'urgence	Bluefiles	O	
55 D	Tracabilité de la vérification de la sacoché d'urgence	Bluefiles	O	
55 E	Inventaire des appareils d'aspiration à mucosités et leur emplacement	Bluefiles	N	
55 F	Support de formation d'utilisation des appareils d'aspiration à mucosités	Bluefiles	N	
55 G	Feuille d'émargement des formations d'utilisation des appareils d'aspiration à mucosités	Bluefiles	N	
57 A	Protocole gestion des déchets DASRI	Bluefiles	O	
57 B	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI pour 2025	Bluefiles	O	
	VI- La dispensation des produits, dispositifs et prestations			
61	Contrat avec les prestataires externes :	Bluefiles		
61 A	- bio nettoyage	Bluefiles	N	
61 B	- restauration	Bluefiles	N	
61 C	- blanchisserie	Bluefiles	O	
61 D	- ascenseur	Bluefiles	N	
61 E	- DASRI	Bluefiles	O	

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Bluefiles avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
63	Factures 2024 des consommables :	Bluefiles		
63 A	-protections contre l'incontinence	Bluefiles	O	
63 B	-produits diététiques enrichis	Bluefiles	N	
63 C	-eaux gélifiées	Bluefiles	N	
63 D	-achats de crèmes prévention des escarres	Bluefiles	O	
63 E	-gants	Bluefiles	N	
63 F	-locations lits médicalisés, lits Alzheimer et -matelas anti-escarres	Bluefiles	O	
64	Tableau de suivi des stocks du 01/09/2024 au 23/01/2025	Bluefiles	N	
	VII- Autres			
	Le dernier Procès-Verbal de la commission de sécurité contre les risques d'incendie	Bluefiles	O	
65				

Rappel réglementaire :

Article L1421-3 code de la santé publique, Version en vigueur depuis le 28 décembre 2019
Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 64 (V)

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout documents nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

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

- Directrice ;
- Directeur opération de l'association ISATIS ;
- DEC ;
- Psychologue ;
- Familles ;
- Aides-soignants ;
- Accompagnants médico-psychologiques ;



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