

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « Résidence du Moulin » (EHPAD)  
11 rue de Tivoli 77440 Lizy-sur-Ourcq  
N° FINESS 770001287**

**RAPPORT D'INSPECTION ET CONTRÔLE**

**N° 2022\_124**

**Déplacement sur site le 16/02/2022**

Mission conduite pour l'ARS par

Accompagnée par

Mission conduite pour le Département par

Accompagnée par

Textes de référence

- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

## 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 :

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- 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.

### 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 disjointer, 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.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
A) Contexte de la mission d'inspection.....	11
B) Modalités de mise en œuvre .....	11
C) Présentation de l'établissement .....	11
<b>CONSTATS.....</b>	<b>13</b>
<b>I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS .....</b>	<b>14</b>
A) L'encadrement des équipes .....	15
B) La situation des effectifs.....	17
C) L'organisation du travail .....	18
<b>II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE .....</b>	<b>19</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	20
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	20
C) La communication avec les familles et le CVS .....	21
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables .....	22
<b>III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE .....</b>	<b>24</b>
A) Les prestations hôtelières.....	25
B) Les achats de consommables .....	27
C) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	27
<b>IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE.....</b>	<b>28</b>
A) Les locaux et installations dédiés aux soins .....	28
B) Les missions du médecin coordonnateur.....	29
C) Les soins individuels .....	32
D) La prise en charge médicamenteuse .....	36
E) Qualité et gestion des risques.....	38
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>40</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>42</b>

<b>Annexe 1 : Lettre de mission.....</b>	<b>42</b>
<b>Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....</b>	<b>44</b>
<b>Ajouter le tableau et mettre oui/non en fonction de la transmission ou non.</b>	
Erreur ! Signet non défini.	
<b>Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d’inspection et de contrôle .....</b>	<b>47</b>

## SYNTHESE

### **Éléments déclencheurs de la mission**

La parution du livre « *Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

La présente inspection et contrôle s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par le Président du Conseil départemental de Seine-et-Marne au vu des éléments caractéristiques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débutera le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

Chef de file de l'action médico-sociale, autorité conjointe de contrôle et de tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), le Département de Seine-et-Marne place l'usager au coeur même de ses préoccupations. Parmi ses préoccupations, il est attaché à un accompagnement adapté et personnalisé des adultes présentant une perte d'autonomie. Dans son Schéma des Solidarités 2019-2024, il affirme la co-responsabilité des actions entreprises. Le contrôle examinera donc comment la prise en compte des individus par des actions peut être tracée à travers des procédures connues. Le Département sera attentif aux conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance, au cadre de vie et la vie sociale des résidents ainsi que les éléments de la facturation des résidents.

L'objectif du contrôle diligenté par le Président du Conseil Départemental de Seine-et-Marne (PCD 77) est de s'assurer que l'EHPAD dispose des autorisations prévues à cet effet pour mener ses activités, ne présente aucune infraction aux lois et règlements, ni aucun dysfonctionnement dans sa gestion et son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, et qu'il présente les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L312-1.

Ce contrôle du Département 77 n'a pas vocation à investiguer l'intégralité du fonctionnement de l'EHPAD, seules les thématiques suivantes seront examinées :

- L'organisation des ressources humaines,
- Le respect des droits des résidents,
- La prise en charge hôtelière et de la dépendance,

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Le contrôle a identifié de nombreux écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles

- **Ecart n° 1** : en ne disposant pas d'une copie du diplôme de docteur en médecine et des diplômes permettant d'exercer la fonction de médecin coordonnateur, l'établissement ne satisfait pas à la réglementation indiquant que tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur ainsi que D.312-156, CASF
- **Ecart n°2** : en ne disposant pas de la qualification d'aide-soignant dans l'équipe pour certaines plages horaires, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF, qui dispose que les prestations délivrées dans les établissements et services médicosociaux sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. L'insuffisance, voire l'absence de professionnel sur des plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement et de sécurité ne permettent pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.
- **Ecart n°3** : le registre légal des entrées et des sorties ne mentionne pas toujours les éléments attendus par la réglementation et contrevient ainsi à l'article L.331-2 du CASF.
- **Ecart n° 4**: en ne disposant pas de l'avis d'un médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158 du CASF. Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF. La procédure d'admission, doit être formalisée, la pré-admission ne peut se limiter à un avis de l'IDEC. Cette procédure doit être structurée et associer l'équipe pluridisciplinaire.
- **Ecart n° 5** : les contrats de séjours doivent être revus pour mise en conformité avec la réglementation, indiquer le consentement de la personne accueillie et la personne doit avoir été informée de la possibilité de désigner une personne de confiance dans le respect des articles article L. 311-4- et D. 311 du CASF.
- **Ecart n°6**: en ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles. : un projet général de soins doit être élaboré par le MEDEC en lien avec l'équipe soignante et il doit s'intégrer au projet d'établissement en application de l'article D312-158 du CASF. La mise en œuvre du projet général de soin doit être coordonnée et évaluée. La commission de coordination gériatrique doit être réunie au moins une fois par an en application de l'article D312-158 du CASF.
- **Ecart n°7** : conformément à l'article D311-16 du CASF il convient d'organiser 3 réunions annuelles du CVS. En 2021 il est constaté la tenue de deux réunions le 16 février et le 18 Aout. Toutefois, l'année 2021 a été particulière en raison de l'impact encore fort de la pandémie de COVID.
- **Ecart n°8** : en ne déclarant pas des EIG, la direction de l'établissement contrevient à l'article 434-3 du Code Pénal et aux articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 du CASF.

- **Ecart n° 9** : le stockage des dossiers individualisés avec les dossiers médicaux ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents prévus à l'article L311-3 du CASF et contrevient aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP « toute personne prise en charge par un professionnel...a droit au respect...des informations la concernant »
- **Ecart n°10** : en ne disposant pas d'un projet de soin, l'EHPAD contrevient à l'article D.312-158 du CASF.
- **Ecart n°11** : en ne tenant pas la commission de coordination gériatrique depuis plusieurs années l'EHPAD contrevient à l'article D.312-158 du CASF.
- **Ecart n°12** : En ne mettant pas en œuvre le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) l'établissement n'est pas en conformité avec le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- **Ecart n°13** : les membres de la mission n'ont observé aucune annexe au contrat de séjour relative aux « Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir » comme prévu à l'Article R311-0-6 du CASF. Conformément à l'article D312-158 du CASF, le MEDEC doit mettre en place une procédure d'élaboration, de réévaluation, de concertation et de traçabilité de ces mesures en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, les seules prescriptions de contention étant insuffisantes.
- **Ecart n°14** : il n'existe pas de protocoles de soins infirmiers en application des Article R4311-3 et 4 permettant la délégation de leur rôle propre aux soignants encadrés par les IDE, alors même que la mission a constaté un relais par l'aide-soignante pour la distribution des médicaments.
- **Ecart n°15** : La déclaration des événements indésirables doit faire l'objet d'une procédure interne connue des agents. Elle doit également être faite systématiquement par l'établissement sur le portail national de signalement mis à disposition à cet effet en conformité avec les articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et l'arrêté du 28/12/2016.

#### **Les remarques :**

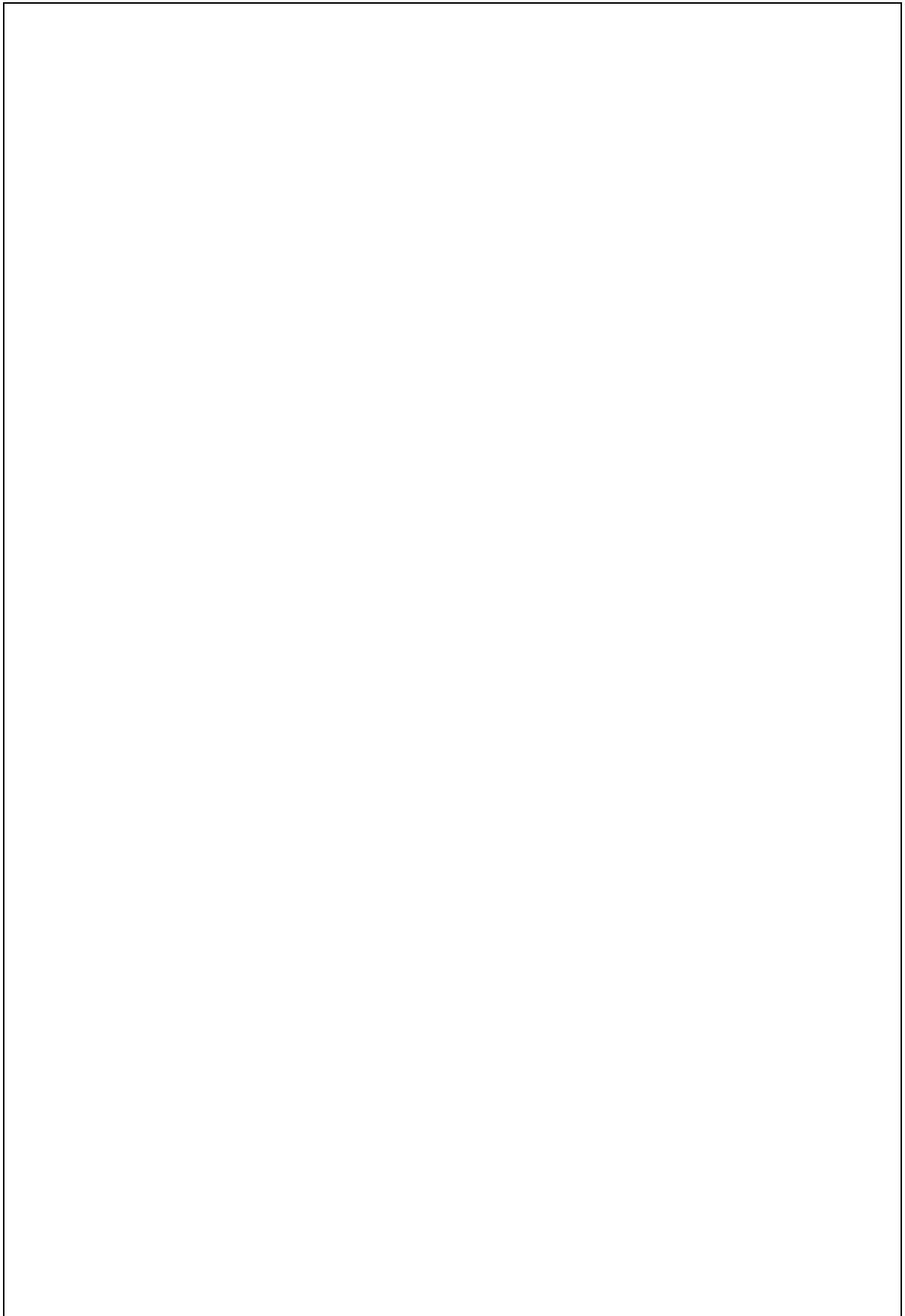
- **Remarque n°1** : l'absence de protocole d'accueil des remplaçants et des nouveaux professionnels ne facilite pas leur intégration à la structure et leur adaptation aux usagers qu'ils accompagnent.
- **Remarque n°2** : l'absence de plan de formation sur le volet médical à destination de l'ensemble des professionnels ne permet pas « la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées ...en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives » (HAS).
- **Remarque n°3** : l'absence de contrôle des effectifs à chaque changement de service ne permet pas un contrôle des effectifs ni un pilotage quotidien de la masse salariale.
- **Remarque n°4** : l'organisation actuelle des transmissions (procédure non formalisée et traçabilité insuffisante) ne permet pas une circulation optimale des

informations et ne semble pas faciliter ni la continuité des prises en charge ni leur individualisation.

- **Remarque n°5:** l'établissement n'a pas développé de moyens adéquats pour faciliter les échanges avec les familles
- **Remarque n°6 :** en ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement ne se conforme pas aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux.
- **Remarque n°7 :** l'amélioration du logiciel [REDACTED] doit permettre de prendre compte la charge du travail et les dysfonctionnements constatés le jour J, une douche non faite par exemple.
- **Remarque n°8 :** l'écart entre l'heure du goûter et celle du dîner doit être augmentée, dans l'idéal plus de 3h, et l'amplitude horaire du jeûne nocturne, actuellement de 14h, doit être réduite dans l'objectif de ne pas dépasser 12h comme recommandé dans l'avis du 18 mai 2021 du Haut Conseil de la santé publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées
- **Remarque n°9 :** la température du réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles doit être contrôlée plusieurs fois par jour, l'installation d'un dispositif automatisé avec alarme est recommandée. Le réfrigérateur doit être nettoyé régulièrement et ce nettoyage tracé.
- **Remarque n°10 :** Une procédure devrait être élaborée permettant, via l'utilisation du logiciel [REDACTED] de générer des documents pertinents pour assurer la continuité des soins en cas de consultation spécialisée ou de recours à des soins d'urgence, tels qu'un DLU ou un volet de synthèse médicale. L'accès à ces éléments doit être permis aux intervenants extérieurs comme les IDE libérales de nuit ou les acteurs de soins non programmés.
- **Remarque 11 :** Une liste préférentielle de médicaments reste à élaborer et partager avec les médecins traitants intervenant dans l'établissement. Une liste des médicaments pouvant être écrasés ainsi qu'une liste de morphiniques pourront être partagés avec l'équipe soignante. Le pharmacien d'officine conventionné sera si possible associé à ces travaux
- **Remarque n°12 :** Au-delà des relations informelles et ponctuelles avec les partenaires, des conventions doivent être formalisées avec les acteurs du territoire comme la filière gériatrique et les urgences pour favoriser le recours à l'hospitalisation sans passage aux urgences, ou l'infirmière mobile d'hygiène pour la prévention des risques infectieux. Le partenariat avec la psychiatrie publique du territoire, qui intervient déjà dans l'établissement, doit être structuré. Le partenariat avec l'HAD, qui fait déjà l'objet d'une convention pourrait s'élargir au-delà des seules interventions pour pansements complexes, notamment pour favoriser les soins palliatifs et de fin de vie.
- **Remarque n°13 :** le document d'analyse des risques infectieux (DARI) doit être élaboré en application de l'article L.312-8 du CASF et de l'instruction N°

DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social.

- **Remarques n°14** : l'absence de travail en équipe pluridisciplinaire ne permet pas une évaluation holistique des besoins des résidents pour adapter au mieux son plan de soins, en évaluant les bénéfices et les risques des actions mises en œuvre dans celui-ci.
- **Remarques n°15** : l'absence d'évaluation annuelle du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins. (HAS).
- **Remarques n°16** : les données de issues du logiciel de suivi ne sont pas exploitées au regard du taux de validation des actes réalisés le jour la visite, des actions doivent être initiées pour améliorer le suivi des résidents.
- **Remarque n° 17** : il n'y a pas de stock, ni de liste de médicaments pour soins urgents tels que prévus à l'article L5126-6 du code de la santé publique pouvant justifier la présence de médicaments non attribués, dans les conditions de détentions fixées à l'article R5126-113 du CSP
- **Remarque n° 18** : Le travail engagé en matière d'élaboration de procédures adaptées aux principales problématiques gériatriques (notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres) doit être complété par un travail de mise à disposition et d'appropriation de ces procédures par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement
- **Remarques n°19** : Dans le cadre de l'amélioration des conditions de vie des résidents il conviendra de mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles.
- **Remarques n°20** : en ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement ne se conforme pas aux bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes ».



## INTRODUCTION

### A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale de Seine-et-Marne de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Département de Seine-et-Marne ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « **Résidence du Moulin** » situé à Lizy-sur-Ourcq (77440), qui appartient au groupe Colisée.

La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

Aussi, la Direction Générale de l'ARS et le Président du Conseil Départemental de Seine-et-Marne ont-ils diligenté une inspection et un contrôle conjointement dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

### B) Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 16 février 2022 de 8h45 à 17h45 par :

Accompagnée par :

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup>. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD « Résidence du Moulin ». Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la direction et l'équipe soignante, mené des entretiens auprès des personnels de soins et d'entretien. A l'issue de cette unique journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection et de contrôle s'est déroulée avec la directrice<sup>2</sup>.

### C) Présentation de l'établissement

Rappel de l'autorisation de l'EHPAD

---

<sup>1</sup> Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

<sup>2</sup> Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

Situé au 11 rue de Tivoli 77440 Lizy-sur-Ourcq, l'EHPAD « Résidence du Moulin » est géré par le groupe Colisée situé 7-9, Allée Haussmann — CS 50037 — 33 070 Bordeaux Cedex.

Ouvert le 20 mars 2000, l'EHPAD Résidence du Moulin dispose de 80 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour.

Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de [REDACTED] soit un taux de présence de [REDACTED]

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles proches des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les [REDACTED] résidents accueillis le [REDACTED] étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5-6
EHPAD Résidence du Moulin , 2020[1]	[REDACTED]				
EHPAD Résidence du Moulin 16/02/2022					
IDF[2]	18%	40%	18%	17%	7%

Son budget de fonctionnement [REDACTED] au titre de [REDACTED] et [REDACTED]

L'établissement bénéficie depuis la crise sanitaire du dispositif dérogatoire d'astreinte par des IDE libérales de nuit piloté par l'URPS

[1] Source : RAMA 2020

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

## CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

### **Consignes de lecture :**

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

**Ecart** : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

### **Références réglementaires et autres références**

CASF

CSP

RBPP HAS

**I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES  
EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET  
D’ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET  
RECOURS A L’INTERIM, FORMATIONS**

## A) L'encadrement des équipes

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<b>1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES</b>					
-Le jour J <sup>3</sup> , la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? -Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? <i>Cf. Entretien avec l'équipe de direction</i>	O			Une Directrice est en poste depuis le 1 <sup>er</sup> septembre 2021. Elle a pris la succession d'une période d'intérim sur ce poste. Contrat de travail au forfait.  La fiche de poste de la Directrice et délégation de pouvoir :  1) Stratégie du groupe : fonctions de pilotage et de contrôle de l'établissement 2) Gestion de l'établissement : gestion et Direction de l'établissement Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement, gestion de l'animation des ressources humaines, hygiène et sécurité, gestion budgétaire financière et comptable de l'établissement, coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.  Le délégataire exerce sa délégation sous le contrôle de la Direction générale et dans le cadre des procédures qui lui sont imposées, notamment en matière d'embauche, de budget et d'engagement de dépenses.  L'adjoint de Direction représente la directrice en son absence. Les astreintes de Direction sont réparties entre la Directrice, l'adjoint de Direction et l'IDEC.  La Directrice effectue ses missions en [REDACTED] maximum par semaine. Il est proposé une présence d'un cadre le week-end à tour de rôle dans le compte rendu du CODIR du 19 janvier 2022.	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007  Fiche de poste Directrice Diplôme Contrat de travail Délégation de pouvoir CR CODIR du 19/01/2022
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?	O C			L'établissement possède une équipe pluridisciplinaire associant médecin, IDE, et AS et depuis peu un psychologue, dont le poste était resté vacant pendant 2 ans.	D. 312-155-0 II11 du CASF
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?		NNC	E1	le diplôme du medecin n'a pas été fourni lors de la l'inspection , ni après. Présence de la fiche de poste du MEDEC, fiche type du groupe COLISEE	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF

<sup>3</sup> Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
-Permanence/astreinte médicale formalisée ?				La quotité de travail de [REDACTED] est faible notamment au regard du dernier PMP validé, indicateur des besoins en soins des résidents et qui a revalorisé substantiellement la dotation soins. Pour la taille de l'établissement le médecin doit être présent au moins [REDACTED].	
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	0 0			Présence de la fiche de poste de l'IDEC, fiche type du groupe COLISEE	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?	0			La mission a pu constater lors de son inspection du mercredi 16 février, la réalisation concomitante de deux Audits internes diligentés par le siège régional. L'un portant sur la Qualité de Vie au Travail et l'autre portant sur la dimension Infirmière de l'activité. Une IDEC réseau était présente en appui à l'IDEC intérimaire qui intervient en l'absence de l'IDEC titulaire depuis plusieurs semaines. La Direction se réunit 1 fois par semaine : Ordre du jour Taux d'occupation et chambres, vaccination COVID, équipes, créances, SST, PAP, EAP, dénutrition, résidents, restauration, divers. Des CODIR élargis sont organisés avec la présence de la gouvernante.	3 derniers compte-rendu de réunions CODIR : 6/12/2019
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>4</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...		N	R	Il n'a pas été fourni à la mission d'inspection de procédures de prise de postes, ni lors de la visite, ni après la visite.	
-Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. <i>Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>		N	R	Les formations : - obligatoires incendie : [REDACTED] personnes sont programmées - [REDACTED] personnes ont suivi la formation. Montessori [REDACTED] onnes programmées à la cession des [REDACTED] sonnes présentes, - PRAPS [REDACTED] - les essentiels du management de la STT [REDACTED] sio ou [REDACTED] e en présentiel, - Hygiène + , textures modifiées, - adapter sa posture face à une situation difficile 3 heure visio, - responsabilité pénale du Directeur, HCCP Projet de développer des formations en e-learning.	Plannings 2021 fiches de présences signées

<sup>4</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

## B) La situation des effectifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	O			Le logiciel métier mis en place : [REDACTED]	Plannings transmis
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?		N	R	En entretien, interrogée sur le suivi des salariés présents/absents, la Directrice précise qu'elle n'a pas de suivi des salariés absents, par respect du code du travail qui pour elle limite un tel suivi.	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? <i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>	O			Le 16 février, jour de la visite, tout le personnel noté sur les plannings est présent sur le site en raison d'un audit social organisé par le Groupe Colisée.	Planning transmis par la Direction sur place
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?	O			En entretien, interrogées séparément, lors de la visite du site, sur la réaction face à une/des absences des salariés, deux salariées (dédiées aux activités de la dépendance et de l'hébergement) précisent qu'elles sont averties des absences par leur encadrant de proximité (infirmière) et sont mobilisées pour compléter leur planning d'intervention dans les chambres des résidents. il existe une procédure de répartition des prises en charges des résidents en cas d'absence, impliquant les IDE dans les soins d'hygiène et de confort ; une liste de résidents est établie	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	O			Depuis début de l'année 2022 [REDACTED] (contrats de courte durée) excepté pour le cuisinier [REDACTED] soit [REDACTED] % Interrogée par le Département, la Directrice indique ne pas avoir recours à l'intérim.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?		NC	E2	Les personnels ASH font fonction d'AS ou AMP. La politique RH du groupe est de valoriser l'expérience professionnelle par le biais de la VAE entre autre [REDACTED] stagiaires sont en contrat d'alternance sur le volet administratif et santé. De même, interrogée, l'animatrice référente de l'EHPAD indique qu'elle n'est pas titulaire d'une qualification en adéquation avec le poste qu'elle tient d [REDACTED]	L311-3 et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>5</sup>
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heurées pour les personnels de jour ? de nuit ?	O			Les fiches de poste des salariés, Les fiches de tâches heurées de jour et de nuit.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)  Fiches de poste Fiches heurées

<sup>5</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

## C) L'organisation du travail

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	O			Les personnels AS et ASH se répartissent la moitié du couloir sur chaque étage pour leurs interventions quotidiennes. Depuis quelques mois, le roulement entre les différents étages est mensuel, selon les informations données par les salariées en cours de visite de l'EHPAD.	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?	O			Depuis quelques mois, le roulement entre les différents étages est mensuel, selon les informations données par les salariées en cours de visite de l'EHPAD.	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	O			Il y a une organisation des équipes qui permet un temps de transmission des équipes de jour et de nuit, le [REDACTED]	
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?	O O	N N	R	Pas de procédures formalisées mais une réunion systématique tous les matins à [REDACTED] Il existe un registre dans le poste « IDE administratif » où sont notés les événements importants ( consultation , examen ).	

## **II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE**

## A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?		N NC	E3	Le registre a été consulté sur place. Les GIR ne sont pas indiqués sur certaines fiches. Sur [REDACTED] apparaissent pas les dates d'entrées des résidents	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O			[REDACTED] résidents sont accueillis le jour J. [REDACTED] sont inoccupées. Il n'y a pas de liste d'attente. L'établissement est autorisé pour 80 places. L'accueil temporaire est organisé pendant la période COVID 19. Taux de présence [REDACTED] Le logiciel de gestion de dossier informatisé [REDACTED]	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?	0			L'adjoint de Direction est en charge de ce suivi. Il accompagne les familles qui visitent l'EHPAD.	

## B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?		N N C	E4	Pas de procédure écrite, pas d'avis pluridisciplinaires et jusqu'au mois de décembre 2021 pas d'avis du médecin coordonnateur, décision de la direction seule. Changement en cours depuis l'arrivée de la nouvelle directrice : avis demandé au médecin coordonnateur sur dossier CERFA La pré-admission est effectuée par [REDACTED] Il est indiqué que très peu de bilan sont réalisés par l'IDEC. Une personne est arrivée récemment pour la remplacer. La mise en place d'une procédure est à travailler.	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ? <i>Cf. Dossiers des résidents</i>		N N C	E5	5 dossiers de résidents ont été consultés sur place par 3 contrôleurs différents. Sur les 5 aucun recueil de consentement éclairé ne figure dans les dossiers. Le formulaire de consentement présent dans le formulaire correspond à l'usage du logiciel interne [REDACTED] 1 dossier ne comporte pas le règlement de fonctionnement. La signature du résident n'est pas apposée sur le document « personne de confiance » dans 2 dossiers. Globalement, certains formulaires sont signés mais pas renseignés ou signés juste par le Directeur. Une interrogation est	L311-4, L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				portée sur le paragraphe d'un document qui ne semble pas correspondre à celui du Directeur. Un dossier n'a pas de signataire pour le compte de l'EHPAD. Dans les 5 dossiers la rédaction de directives anticipées, est absente.	Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 <sup>6</sup>
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? <i>Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes alitées de préférence ou déambulantes.</i>		N	E6	Les dossiers consultés sur place indiquent les étapes du PAP avec la démarche participative. En revanche, il s'agit d'une extraction de fiches de quelques résidents d'un logiciel métiers, partiellement renseignées. Les champs de saisies de données relatifs au nom des personnels susceptibles de participer sont non renseignés. Le tableau de bord est vierge. Dans le CODIR du 6/01/2022, il est indiqué qu'une stagiaire travaillera sur les procédures PAP.	Article L. 311-3 du CASF Article D.312-155-031 du CASF ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 <sup>7</sup>
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?	0			Lors de l'entretien avec la direction, celle indique que très peu de contact avec les familles n'existent pour une partie des résidents. Quelques familles ont une présence physique très régulière. Le support utilisé pour communiquer avec les familles est <i>mycolisée</i> site facebook. Seules 3 correspondances par courrier peuvent s'effectuer dans l'année. Des photos sont prises par les équipes pendant les temps d'animation et sont affichées à l'entrée de l'établissement. Dans la grande salle, un automate à Selfie est à disposition.	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?	0			En raison du contexte sanitaire l'établissement a une dérogation pour réaliser de l'accueil temporaire. La durée de séjour la plus courte est de 3 jours. Les accueils peuvent être interrompus au motif d'une période d'essai non concluante, d'un retour à domicile, d'une hospitalisation, d'un décès. 16 décès sont recensés sur le registre des entrées et des sorties entre le 21 janvier 2021 et le 9 février 2022	

## C) La communication avec les familles et le CVS

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>		N	R	3 correspondances dans l'année.  En l'absence d'un livre d'or, une boîte à idées a été installée récemment mais il n'a pas été indiqué la procédure de mise en œuvre des suites à ces idées.	L. 311-3, 5°, CASF L. 1110-4, CSP (secret des informations médicales)

<sup>6</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

<sup>7</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Il conviendrait de procéder à la mise en place d'un livret d'or afin d'identifier les besoins des familles y d'y répondre.	
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	O	N	E7	Des élections se sont organisées le 27/12/2021. Dans cette instance sont élus : une représentante des familles, deux représentants des résidents, 3 représentants des salariés. Le règlement intérieur a été approuvé le 13 janvier 2022. Ordre du jour des réunions : questions diverses comme l'arrivée d'un nouveau professionnel dans la structure, des remarques de certains résidents sur l'organisation des repas, le goûter et le coucher, l'absence de cadres le week-end, des dysfonctionnements de matériels médicaux notamment les lits et fauteuils roulants, les projets de l'établissement, la vaccination, les test PCR.	D. 311-4 à 20  Compte-rendu des 16/02/2021 et 18/08/2021 et 13/01/2022,

## D) La gestion des réclamations et des événements indésirables

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?		N	R	Un plan d'action devrait être initié depuis la dernière évaluation interne en 2019. Depuis, toute une équipe se reconstitue depuis de nombreux départs [REDACTED] personnes sont recrutées depuis [REDACTED]	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>8</sup>
Affichage liste des PQ, n°tel 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	O	N		La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée de manière lisible, en partie cachée par d'autres documents cf photo n°1 Le numéro 3977 est affiché au niveau de l'accueil mais l'affiche 3977 n'est pas dans le tableau prévu à cet effet. Un coffre-fort est mis à disposition pour protéger les biens des personnes.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?	O			Il nous est indiqué par des professionnels qu'une procédure existe mais qu'elle n'est pas utilisée. Un événement indésirable grave survenu en décembre 2021 et rapporté par plusieurs personnes [REDACTED]	

<sup>8</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)		N	R6	Pas de procédures de traitement des réclamations et des réponses apportées. Pas de documents de signalement	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		N	R6	Un logiciel métier [REDACTED] : [REDACTED] évènement sont recueillis en 2021 : absence de données entre [REDACTED] Il nous est indiqué que les professionnels, en lien avec le résident impacté par un évènement indésirable, remontent l'information à l'IDEC ; aucun retour ou suivi n'est réalisé auprès des équipes.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?		NC	E8	Sur la période entre août et décembre 2021 des écarts apparaissent entre les EIG constatés sur place et déclarés aux autorités compétentes : plusieurs EIG n'ont pas été déclarés (une chute fracture ouverte, maltraitance, fracture résidente nuit, fausse route suivi d'un décès) n'est ni enregistré dans le logiciel, ni signalé à l'ARS via le portail. Aucun évènement indésirable n'a été signalé en 2021..	Article 434-3 du Code Pénal
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?		N	R6	Il a été indiqué que la plupart des professionnels connaissaient la conduite à tenir mais qu'ils n'avaient pas de formation.	

### III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D’UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE

## A) Les prestations hôtelières

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>1. LES PRESTATIONS HOTELIERES</b>					
Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichages)? <i>Cf. Registre de sécurité</i>	O			Globalement, lors de la visite il n'a pas été relevé de dysfonctionnements en matière de mise en sécurité des lieux et d'accessibilité. Toutes les procédures sont respectées. Le document relatif à l'obligation d'accessibilité ERP est disponible à l'accueil. Certaines actions signalées lors de sont élaboration ont été mises en œuvre (pose de dalles podotactiles dans les escaliers de service) mais le document n'a pas été actualisé en conséquence.	L. 311-3, CASF HAS 2011 <sup>9</sup> Avis favorable de la commission de sécurité le 18/11/2021
Entretien général des locaux ? Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ? <i>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</i>	O			Des équipes d'entretien sont en poste le jour de la visite pour rafraichir les chambres et effectuer des réparations notamment la clim réversible qui était en panne.  Chambre (entretien quotidien) Chambre entretien à fond (mensuel) Chambre à blanc (sortie quelle qu'elle soit) entretien quotidien Salle de bain quotidien) Salle de bain (entretien à fond) mensuel Salle de bain à blanc ( sortie quelle qu'elle soit) entretien quotidien Vestiaires, sanitaires, sanitaires communs Salle de restauration Ascenseur Local DASRI Infirmière : salle de soins Salle de coiffure Salle de Kiné et de sport, Hall d'accueil, couloir, salons, circulation, zone administrative Buanderie zone sale SAS buanderie propre salle Buanderie lingerie zone propre Local propre étage Local sale étage Local entretien chariots	Fiche technique circuit du linge contaminé Février 2017  Fiche technique du linge propre 2015  Plusieurs fiches technique d'entretien des locaux

<sup>9</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				Salle de pause du personnel.	
Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attendu et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ? <i>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</i>	O			Le linge plat est externalisé : [REDACTED] Une lingère est en charge de laver et repasser les effets personnels des résidents qui en font la demande (prestation en plus du tarif hébergement) dans un double espace (lavage, séchage) non accessible aux résidents au sein d'une aile dédiée aux fonctions support.	Fiches circuit du linge contaminé Fiches circuit du linge propre
Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?	0	N	R7	Des fiches de taches heurées indiquent la réalisation de [REDACTED] toilettes le matin par agent entre [REDACTED] et fin des toilettes après une pause de [REDACTED] minutes entre [REDACTED] Les données sont enregistrées dans un logiciel. [REDACTED] Il nous est indiqué le change des résidents sans forcément la réalisation d'une toilette ; des érythèmes fessiers sont évoqués.	Permet d'estimer le temps passé par toilette (ex : 14 toilettes en 1h30, ça fait 6 minutes par toilette)
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne)? Collation disponible ?	0			[REDACTED] sont mises à la disposition des résidents. Une salle qui peut être considérée comme une salle de restauration classique avec des repas servis à table dans des assiettes. Une deuxième salle avec des « tout repas » servis sur un plateau. Selon la dépendance du résident le repas est donné par un professionnel. Il est constaté que les professionnels (tous métiers) se mobilisent pour être présents et sont assis à proximité de la personne qu'ils aident à manger. Les repas sont confectionnés sur place par un chef cuisinier, les menus sont élaborés par la diététicienne du groupe Colisée. 8H10 petit déjeuner, 12h00 déjeuner, 16 h gouter, 18h15 dîner.	Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS <sup>10</sup>
Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?	O			Les personnels disposent d'un téléphone portable pour être informés de l'appel du résident. En 2021, 2272 appels sont réalisés la moyenne du temps de réponse est de 310.2 sec. Le nombre de réponses apportées entre <1 et 4 minutes est supérieur à celui entre 5 et 30 minutes. En 2022, 1260 appels sont réalisés la moyenne du temps de réponse est de 381.3 s. Le nombre de réponses apportées entre 5 et 30 minutes est supérieur à celui entre <1 et 4 minutes.	

<sup>10</sup> HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP » (mars 2018)

## B) Les achats de consommables

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Achats de protections contre l'incontinence, nb d'unités achetées en 2019 et en 2021 (factures) ?	O			L'achat de protections s'est effectué entre mars 2021 et décembre 2021 sur présentation de factures, le coût moyen des protections toutes tailles confondues est de [REDACTED]	Factures de mars à décembre 2021 comprenant les protections, les lingettes les cotons et les crèmes.
Quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?	O			La fiche de taches heurées indique une mise aux toilettes et un change à 17h20. Il nous a été indiqué que [REDACTED] changes s'effectuaient dans la journée.	
Achats de crèmes pour la prévention des escarres (effleurage) en 2019 et en 2021 ?	O			Des factures sont présentées	

## C) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique

2. L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE					
Lève-personnes et chariots douches disponibles ?					
Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?	O				
Chambres équipées de rails ?	O			[REDACTED] chambres ne sont pas encore équipées	
Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?					
Espace Snoezelen, salle de rééducation, balnéothérapie : état des lieux et fréquentation prévisionnelle/réalisée en 2021 et 2022	O			[REDACTED] salle de rééducation avec pour seul équipement des barres de marche, qui est peu utilisée par les kinésithérapeutes libéraux intervenant dans l'établissement.	
Nb de personnes formées à l'activité Snoezelen et date de formation					

## IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE

### A) Les locaux et installations dédiés aux soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins	Nombre de postes de soins dans l'établissement	O			<p>2 postes dont : [REDACTED] avec les dossiers individuels papiers des résidents + [REDACTED] avec le stockage des médicaments en [REDACTED] éparé par la pharmacie d'officine de la commune, le coffre à toxiques et le réfrigérateur dédié aux médicaments + compléments alimentaires des résidents</p> <p>La température du réfrigérateur n'est relevée qu'une fois par jour manuellement, le dernier nettoyage tracé du réfrigérateur remonte au 26/10/2021</p>	
Locaux de soins	Poste de soins autonome si UVP					
Locaux de soins	Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé	O	N	R		
Locaux de soins	Paillasse pour la préparation des soins	O				
Locaux de soins	Collecteurs DASRI OPCT et carton rigide dans le local de soins				<p>Paillasse encombrée</p> <p>Présents dans le local de soins, daté mais en service depuis plus d'un mois et demi. Le stockage se fait « à l'extérieur » mais sans précision de lieu dédié, un prestataire extérieur procède au ramassage et remplacement du container carton</p>	
Appels malades	Réponse au test et délai	0			<p>Les dispositifs de signalement portés par les personnels sont en général éteints à la prise de poste, si l'agent ne le remarque pas, il n'est pas en service immédiatement.</p> <p>Une extraction du logiciel d'enregistrement nous est remise. Pour le dernier mois : temps moyen de réponse 6 mn. Pour 54% des appels le délai de réponse est supérieur à 5 mn et pour 21% il est supérieur à 10 mn.</p> <p>Aucune action spécifique relative aux délais de réponse ne nous a été rapportée. Aucune fiche d'évènement indésirable relative aux délais d'appel n'est enregistrée</p>	
Appels malades des appels	Port par le personnel du dispositif de signalement					
Appels malades des appels	Enregistrement, traçabilité et vérification des appels					
Appels malades	Actions suite à écart par rapport aux réponses à apporter (délai, non réponse)					
Appels malades	Au moins une FEI concernant les appels					
Dossiers de soins	Rangement des dossiers de soins des résidents dans une armoire non fermée à clé contrevient aux		NC	E9	<p>Les dossiers papiers, comportant des éléments administratifs et médicaux sont des classeurs individuels dans une armoire non fermée à clé dans le poste de soin « administratif » non fermé à clé.</p>	Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.
Limitation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés		O			Présence de 2 chariots fermés à clé dans local infirmier fermé par digicode.	

## B) Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
ETP MedCo figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité	O			████ % ETP	D312-156, et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de medco ou foration continue medco		NC	E1	Etablissement n'a pas fourni le diplôme du medecin	D312-157 CASF
MedCo prescripteur pour N résidents ?	0			Le médecin coordonnateur est aussi médecin traitant à titre libéral de ██████ Les ██████ résidents sont suivis principalement par ██████ autres MT : ██████ pour l'un ██████ pour l'autre et ██████ résidents ont un MT différent. ██████ résidents n'ont actuellement pas de MT identifié, le médecin coordonnateur va prochainement les avoir à sa charge.	D312-159-1
Date dernier RAMA établi	O			RAMA fait en date du 21/04/2021 pour 2020. Qui laisse beaucoup d'interrogations beaucoup d'items n'étant pas renseigné, pas de CCG	D312-155-3 al 9
Axe d'amélioration mentionné dans RAMA ?		N		Aucun axe d'amélioration n'est précisées dans le RAMA 2020	
Date dernière et prochaine évaluation PATHOS				████████	
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?		N		Le nombre de résidents dont le suivi repose comme médecin traitant sur la personne du médecin coordonnateur est très élevé et pose la question de la disponibilité de ce praticien pour assumer toutes les taches relevant de ses 2 missions.	
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?		N			
1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;		NC	E10	Il n'existe pas actuellement de projet de soin spécifique pour l'EHPAD.	D312-158 CASF
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;	0			L'avis du médecin coordonnateur est désormais sollicité sur le dossier CERFA depuis l'arrivée de la nouvelle directrice, l'ancien directeur ne le sollicitait jamais. Il n'existe pas de visite de préadmission, l'IDEC complète les informations à la demande du médecin coordonnateur si nécessaire. Cette validation n'a pas été repéré dans les dossiers consultés.	D312-158 CASF
3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.		NC	E11	La commission de coordination gériatrique n'est actuellement pas réunie et ne l'a pas été depuis plusieurs années	D312-158 CASF
4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;	O			Le PMP a été établi en 20███ GIR 1. La liste transmise le 16/2/2022 fait état de ██████ (probablement en lien avec le turn over résultant de la crise sanitaire	D312-158 CASF
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;		N	R	""Plan bleu : un début de travail des procédures procédure de prise en charge des patients dans les situations exceptionnelles (canicule, inondation ) mais beaucoup de fiches non renseignées, tout ce travail est à faire pour consolider les procédures.	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Pas de retour d'expérience systématisé sur les événements indésirables.</p> <p>Le protocole contention fourni par le siège n'est pas encore complètement mis en œuvre.</p> <p>Il n'y a pas de réunion pluridisciplinaire concernant les soins palliatifs.</p> <p>L'HAD est sollicitée principalement pour des pansements complexes, il n'y a pas de procédure d'anticipation de leur sollicitation (dossiers dormants).</p> <p>La question des directives anticipées est peu abordée, en l'absence de psychologue depuis 2 ans.</p> <p>Les troubles de la déglutition ne sont pas évalués systématiquement mais l'organisation des repas des personnes les plus dépendantes inclut une soignante par table, assise auprès du résident aidé et en capacité de surveiller les autres. Des prescriptions de texture adaptée sont inscrites dans le plan de soin pour de nombreux résidents et partagées avec la cuisine mais il n'y a pas de démarche partagée autour de cette question entre les services.</p> <p>Le poids est surveillé mensuellement de façon systématique, mais il n'y a pas de démarche nutritionnelle en dehors de la prescription de compléments alimentaires. Il nous a été rapporté une commande de poudre hyperprotéinée en attente pour adjonction systématique aux repas préparés en cuisine (potages et desserts)</p>	
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;	0		R	<p>Des grilles d'évaluation standardisées sont utilisées systématiquement à l'entrée mais leur réévaluation n'est pas protocolisée. Dans les quelques dossiers examinés, aucun examen médical complet lors de l'admission n'est mentionné.</p> <p>Le logiciel permet d'éditer le dossier médical en sélectionnant des items, cette fonctionnalité ne semble utilisée que lors d'un transfert (aux urgences par exemple) il n'y a pas à proprement parler ni synthèse médicale ni DLU, qui n'existe pas non plus en version papier dans les dossiers</p> <p>L'élaboration systématique d'un projet de soins individualisé n'est pas mise en œuvre.</p>	D312-158 CASF
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance		N NC	R	<p>Il n'existe pas de démarche systématisée de conciliation médicamenteuse mais le médecin coordonnateur porte une attention particulière aux polymédications. Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments, ni de liste des médicaments écrasables ni de liste de morphiniques</p> <p>Le siège met à disposition dans la documentation en ligne un livret OMEDIT Normandie concernant les médicaments ne pouvant être écrasés, mais il n'est pas Livret OMEDIT Normandie diffusé mais pas sur que approprié. « écrasé » peut être prescrit [REDACTED]</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;				connu en interne. Le logiciel TITAN permet de préciser « écrasé » dans la prescription mais sans fonctionnalité d'appui	
8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;	O			Assure des formations sur des thématiques de prévention.	D312-158 CASF
9° Elabore un dossier type de soins ;		N		<p>Il n'y a pas de dossier type de soin propre à l'EHPAD. Le logiciel TITAN est accessible à distance mais cette fonctionnalité n'est pas utilisée. L'EHPAD bénéficie d'une astreinte par IDE libérale de nuit, un protocole pour les joindre est présent dans le classeur de l'équipe de nuit sur le chariot, mais leur accès au logiciel est prévu mais n'est pas effectif. Les médecins traitants ont un code d'accès au logiciel mais il n'est pas utilisé par certains.</p> <p>Dans le RAMA 2020 : 22,31 % des dossiers médicaux sont à jour sur les antécédents et le traitement encourus et seulement 10% des médecins traitants remplissent l'observation médicale.</p> <p>Aucun des dossiers papiers ouverts ne contenait de DLU, ni de volet de synthèse médicale. le logiciel TITAN permet d'élaborer « à la carte » un extrait de dossier pouvant remplir l'une ou l'autre fonction selon les choix d'items effectués.</p>	D312-158 CASF
10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;		NC	E12	<p>Le RAMA 2020 est transmis par le médecin coordonnateur après la visite sur site. Dans le RAMA 2020, la majorité des modalités de prise en charge et de suivi n'est soit pas renseignée, ou les commentaires demandés ne sont pas faits. Le RAMA pas a été soumis pour avis au CCG et pas de recommandations d'axe d'amélioration. Il n'a pas été signé par la direction.</p> <p>Dans la liste des protocoles, un seul a été renseigné existant</p> <p>La télémedecine n'est pas utilisée dans cet EHPAD.</p>	D312-12 CASF
10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;	O			<p>Une convention existe avec l'HAD qui prend actuellement en charge 2 personnes et est sollicitée pour une 3<sup>ème</sup> (pansements complexes) ainsi qu'une convention avec l'URPS pour les IDEL de nuit.</p> <p>Le CMP intervient pour deux patients suivis pour troubles psychiatrique mais il n'y a pas de concertation avec le médecin coordonnateur.</p> <p>Il n'y a pas de procédures formalisées à la connaissance des personnes rencontrées (IDEC, IDE, AS)</p>	D312-158 CASF
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents		N	R	Les relations avec les partenaires sont informelles, il n'y a pas de difficultés d'accès aux soins dentaires, ni aux soins hospitaliers d'urgence, mais il n'y a pas de travail partenarial autour des admissions directes en hospitalisation	D312-158 CASF
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;		N		Il n'y a pas encore de relations formalisées avec l'IMH mais des contacts sont en cours avec un rendez-vous programmé la semaine prochaine. L'IMH a été sollicitée ponctuellement pendant la crise sanitaire.	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.	N			Le médecin coordonnateur qui est également le médecin traitant de la majorité des résidents et ceux qui n'en ont pas, réalise des PM pour les autres en cas de situation d'urgence. Il existe des procédures mais personne n'a pu nous les présenter lors de la visite sur site, les personnes rencontrées n'en avaient pas connaissance.	D312-158 CASF
14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1 <sup>11</sup> .		NC	E13	Il n'y a pas de réunion pluridisciplinaire autour des mesures de contention	D312-158 CASF

## C) Les soins individuels

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?	O			Le plan de soins initial est élaboré par l'IDEC puis mis à jour au fil de l'eau par l'IDE et les AS mais sans concertation pluridisciplinaire systématisée. Le plan de soin est accessible pour chaque professionnel via une tablette utilisée au cours des soins.	Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP Article D. 312-155-0 2ème alinéa 20 du CASF
Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre les professionnels de la structure organisées et formalisées ?	O			Une réunion de transmission a lieu tous les matins à [REDACTED] associant l'ensemble des AS et IDE présentes. La transmission avec l'équipe de nuit a lieu entre [REDACTED] et la professionnelle de nuit sur les [REDACTED] De même le lendemain matin.	Article R. 4312-3621 du CSP Article D. 312-15822 du CASF
Evaluation à l'admission MMS	0			Il n'est pas réalisé par le médecin mais demandé à l'entrée. Depuis le départ du précédent psychologue il y a deux ans il n'est pas réalisé.	
Evaluation à l'admission NPI-ES	0			Il n'est pas systématique, seulement pour les personnes avec troubles du comportement	

<sup>11</sup> Art L311-4-1 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. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Evaluation à l'admission	Norton ou Braden (escarre)	O			Oui fait	
Evaluation à l'admission	OAG (état buccal)		N			
Evaluation à l'admission	GDS (dépression)		N			
Evaluation à l'admission	Cornell (risque suicidaire)	O			RUD faite systématiquement Un Up and Go est fait quasi systématiquement par le médecin	
Evaluation à l'admission	Tinetti (risque de chute)					
Macroscibles admission	matériel	0			Les professionnelles de chaque unité [REDACTED] disposent de matériel de levage (moteur + chariot) utilisables avec les rails équipant [REDACTED] Les [REDACTED] rails manquants sont programmés pour 2022	
Macroscibles admission	précautions hygiène		N	R	Un chariot de pesée mobile est disponible Pas de DARI actuellement	
PPS	Projet individuel/personnalisé de soins = existence pour chaque résident	0				
PPS	Réévaluation pluridisciplinaires régulières pour chaque résident		N	R	Attendaient d'avoir le psychologue pour avoir des projet d'accompagnement personnalisé, dans ce cadre réflexion prévue sur projet de soin	
Existence de protocoles de soins infirmiers			N	E14	A priori oui mais l'équipe présente n'a pas été en mesure de le fournir	R4311-3 CSP
Analyse des données issues du système de suivi informatisé des plans de soins			N	R	Données de suivis informatisé disponible via le logiciel , mais pas exploitées . Synthèse du plan de soin accessible via la tablette	Commission de gériatrie arrêté 5 sept 2011
Dossiers de soins	Protocole de soins individuels si indiqué en fonction pathologie	O			Au cas par cas dans le plan de soin	
Dossiers de soins	Suivi de l'état cutané,	O				
Dossiers de soins	Suivi des plaies,	O				
Dossiers de soins	Suivi de la prise effective des repas,	O				
Dossiers de soins	Utilisation par les médecins traitants de la fonctionnalité "dossier médical" du SI soins				Utilisé par 2 des 3 médecins traitants	
Dossiers de soins	Suivi médical des résidents régulièrement tracé par leur médecin traitant dans le dossier médical papier				Ordonnances mais peu d'observations médicales.	
Dossiers de soins	<b>Traçabilité de l'ensemble des soins d'hygiène sur l'ensemble de l'établissement sur une semaine (soit le % de soins signés/soins prévus)</b>		N	R	Soins par AS : sur [REDACTED] à réaliser la veille de la visite, [REDACTED] sont tracés soit 30% Soins par IDE : sur [REDACTED] à réaliser la veille de la visite, [REDACTED] sont tracés soit 80%	

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
PEC urgences	Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés		N	R	<p>Il y avait un sac d'urgence précédemment, un chariot d'urgence est en cours de commande. Actuellement il n'y en a pas. Une liste aurait été élaborée par le médecin coordonnateur.</p> <p>Il n'y a pas de dotation de médicaments d'urgence, uniquement des « si besoin » prescrits individuellement</p> <p>Système d'aspiration existant</p> <p>A été utilisé en décembre, doit être recontrôlé par le prestataire. Pas de traçabilité de vérification</p> <p>Bouteille O<sub>2</sub> présente mais pas de traçabilité de contrôle.</p>	Article D312-158 13°) CASF
PEC urgences par le MedCo	Dotation pour soins urgents présente et établie		N			
PEC urgences	Défibrillateur cardiaque présent et vérifié					
PEC urgences	Au moins une bouteille ambu O <sub>2</sub> fonctionnelle					
Etat cutané, pansements	Nombre de résidents avec escarre	O			<p>■■■■■ plaies superficielles</p> <p>+ ■■■■■ pris en charge par HAD (et un ■■■ le sera prochainement</p> <p>Location, 4 ou 5</p> <p>Il reste 10 chambres à équiper sur 78</p>	
Etat cutané, pansements	Stock vérifié de pansements anti-escarres utilisables sans délai					
Etat cutané, pansements	% résidents avec matelas anti-escarre					
Etat cutané, pansements	% chambres avec système de rail					
Evaluation psychologique et psychiatrique ressources et partenaires identifiés en gériopsychiatrie			N		<p>aucun lien avec le médecin coordonnateur</p> <p>Au cas par cas avec le résident</p> <p>Ce matin pour 2 résidentes</p>	
Evaluation psychologique et psychiatrique veille organisée des situations à risque						
Evaluation psychologique et psychiatrique Dates des 3 dernières consultations de gériopsychiatrie pour des résidents						
Contentions	Nombre de contentions prescrites	O	NC	E13	<p>■■■■■ barrières tracées mais les prescriptions ne sont pas toutes présentes au dossier</p> <p>De même des combinaisons pour la nuit sont utilisées mais nous n'avons pas vu de prescription</p> <p>Les prescriptions médicales vues ne sont pas motivées</p>	<p>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé</p> <p>Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ANAES octobre 2000</p>
Contentions et tracée	Prescription médicale des contentions vérifiable					
Contentions	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription					
Contentions	% de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)					
Contentions	% d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")					
Douleur	% de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 3 mois	O			<p>Fréquence prévue et planifiée au plan de soins au cas par cas</p> <p>3 avec évaluation tracée au plan de soin 1 patch fentanyl, 2 oxycodone</p> <p>l'évaluation est programmée au plan de soin.</p>	<p>Article L1110-5 CSP, article L1112-4 CSP, Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la</p>
Douleur	Nombre de patients bénéficiait de prescription d'antalgiques majeurs morphiniques					

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
					bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, 2012.
Odontologie Consultations d'odontologie sur place ?		N		Les résidents vont chez le dentiste. Des opticiens se déplacent sur l'EHPAD et des évaluations auditives sont également réalisées sur place	
Nutrition % de résidents dénutris (Netsoins® permet de les identifier automatiquement en classant la dénutrition en « sévère » ou « modérée »... cf. image ci-dessous) Nutrition Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique Nutrition date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas) Nutrition date dernière intervention d'un diététicien		N  N N	R	L'extraction via TITAN n'a pas pu être faite  Il n'existe pas de réunion formalisée entre les services « soins » et « cuisine » mais des points informels ont abouti à la proposition de renfort avec poudre hyperprotéinée (commandée)	
Fin de vie Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance Fin de vie Nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées Fin de vie Dernière intervention tracée du réseau de soins palliatifs Fin de vie Dernière intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou de la filière gériatrique	O  N	N  N		Ces éléments sont en principe dans les dossiers papiers mais sur 3 dossiers regardés, les formulaires sont soit incomplètement renseignés soit non signés  Il y a 1 an	Article L1111-11 et R1111-19 CSP, article D312-158 CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci	O			Il existe une procédure groupe à décliner, elle a été déclenchée par le médecin pour deux résidents dans les 3 derniers mois	L1112-4 CSP, L311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Est-ce que les soins sont encadrés par des protocoles adaptés, diffusés aux équipes et appropriés par elles : notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres, dénutrition ?		NC	E14	Sur les ■ personnels soignants interrogés à ce sujet, aucun n'en avait connaissance	Article R. 4311-3 du CSP23 Article D. 312-158 24 du CASF DGS/DGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007
Les soins du résident peuvent être adaptés à ses besoins individuels :		N	E14	Au regard des dossiers que nous avons analysés, les soins pour les résidents sont individuellement prescrits et mis en œuvre mais il y a peu de réflexion pluridisciplinaire et peu de réévaluation systématisée	Article L311-3 CASF L. 1112-4, et L. 5126-6 CSP, R4311-3 à 5, R4312-15 et R5120-113, CSP

## D) La prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi		N		Pas de procédure formalisée sur l'autonomie de la PECM ni de suivi	
Les résidents "à risque" (troubles déglutition, troubles cognitifs,....) ont été identifiés :		N		Selon les soignants interrogés, aucun trouble de la déglutition n'est identifié Pas de formation sur les thématiques alimentaires et comportementaux	
Convention avec une officine pharmaceutique	O			Convention avec une officine de ville qui prépare les doses. Mais l'EHPAD n'a pas été en mesure de produire la convention ni le jour de la visite, ni après.	L5126-6-1 CSP
Date de la dernière réunion d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine (avec CR)		N			
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.		N	E11	Pas de médicaments destinés à faire face aux situations d'urgence.	L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 13°) CASF
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.	O			IDEC	
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription : si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médecins l'utilisant		N	R	Pas de travail engagé pour la conciliation médicale	
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.		N	R		
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?	O			DIN par le pharmacien sous blister quotidien pour 7 jours.	
La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée		N		Elle est réalisée par l'IDE avant distribution	
Organisation de la distribution des médicaments; modalités de préparation et vérification des doses à administrer		N		Un document existe dans la base documentaire du siège mais il n'est pas connu des soignants de l'EHPAD	R.4311-4 CSP
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration	O				Article R4312-10 CSP
Organisation de la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments		N		Une résidente a recraché son traitement médicamenteux, sans intervention par la suite d'un soignant	
L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") :	O				
Modalités de mise en œuvre des modifications de prescriptions avant l'échéance du terme de la préparation hebdomadaire	O			La pharmacie est prévenue par fax doublé d'un appel téléphonique pour un ajout de traitement, la procédure est effectuée manuellement par l'IDE pour un retrait	Article R4235-48 CSP
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y.c pour les administrations de nuit)		NC	E12	Aucune procédure de délégation de dispensation des médicaments n'existent dans l'établissement	Articles R. 4311-3 et -4 CSP
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante		NC		Pas de protocole mis en place	L313-26 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Les IDE participent à la prise des médicaments lors des repas ? Seules les AS et AVS réalisaient l'aide à la prise ?		N	R	Distribution par IDE et relais par AS si besoin sur place le jour. Distribution par AS la nuit. Aucune procédure de cette délégation.	
Coffre pour produits stupéfiants	N			Fermé par digicode avec un cahier de traçabilité.	Article R.5132-26
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	N				Article R5132-36 CSP
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?	N			Renvoi à la pharmacie tracé dans le cahier des stupéfiants	

## E) Qualité et gestion des risques

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Existence d'une démarche d'évaluation interne	0				L312-8, D312-203, D312-205 CASF
Existence d'une démarche d'évaluation externe	0			Date dernière évaluation en 2014	D312-205
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations		N			
Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?	O			Le système de traçabilité des EI [REDACTED] semble pas utilisé de manière exhaustive (cf EIGS rapporté sur décembre et non inscrit dans le SI).	
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?		N	R	La mission n'a pas identifié un tel système.	
Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?		N	R	Une telle instance n'est pas mise en oeuvre	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?		N			
Existe-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous ?		N		Il n'y a pas de dispositif formalisé permettant de vérifier que les procédures sont connues. Mieux l'IDEC et l'IDE auditionné n'avaient connaissance des protocoles existants ni leur emplacement	
Existe-t-il des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant les représentants des résidents et les professionnels concernés ?	O			Ils existent des formations sur les préventions de risque (escarre, chutes, déshydratations) assurées par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice. Renseignement des familles par le personnel sur la maltraitance.	
Le médecin coordonnateur et, s'il est en fonction, l'infirmier référent, participent-ils à ces réunions	O			RAMA	
Existe-t-il une procédure de traitement des réclamations (recueil, traitement, rapport, suivi...) ?		N		La mission n'a pas identifié un système Il existe une procédure siège de traitement, mais pas décliné sur l'établissement, les soignants audités n'avaient pas connaissance de cette procédure.	
Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une étude et d'une réponse en 2021		N		Aucune	
Nombre de fiches d'EI en 2021	0			[REDACTED]scrites dans le SI	
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des EI qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?	0				
Nombre résidents vaccinés contre la grippe saisonnière en 2020 et 2021 et taux de vaccination  Nombre résidents vaccinés contre les infection à pneumocoque en 2020 et 2021 et taux de vaccination	O			En 2020 : [REDACTED] résident vaccinés contre la grippe soit un taux de [REDACTED] Pas de chiffres pour 2021	INSTRUCTION N°DGS/R11/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Taux de vaccination du personnel contre la grippe saisonnière en 2021 Nombre de dose de vaccins anti-grippaux achetées par l'établissement ou le groupe et mis à disposition de l'EHPAD en 2021 Nombre de tests rapides à orientation diagnostique (TROD), utilisables pour le diagnostic de la grippe en situation de cas groupés d'infections respiratoire aiguës (IRA).	O	N		En 2020 : 2 résidents vaccinés soit un taux de 1,54% .Pas de chiffres 2021  Information n'ot fournie par l'EHPAD	aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées; INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGOS/DGCS /2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière
Enregistrement systématique des chutes comme EI		N		Aucune chute enregistrée parmi les 4 EI	
Analyse des causes de chute et mesures mises en place		N			
Nombre de signalements d'incidents et d'EI adressés à l'ARS en 2021		NC	E15	Aucun signalement n'a été transmis, alors même que des événements indésirables sont survenus selon les éléments tracés dans TITAN, rentrant dans le cadre des EI à déclarer à l'ARS. En particulier il nous est rapporté par plusieurs professionnels un EI grave en décembre 2021 (troubles de la déglutition lors d'un repas ayant entraîné le décès) qui n'a pas été déclaré.	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médicosociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?		NC	E15	Pas de culture d'analyse des risques .	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médicosociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

## CONCLUSION

L'inspection et le contrôle de l'EHPAD « **Résidence du Moulin** », géré par le groupe Colisée a été réalisée de façon inopinée le 16/02/2022.

La mission d'inspection et de contrôle a constaté des écarts à la réglementation et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les constats les plus importants portent sur :

- L'insuffisance de formalisation des différents processus de prise en charge et de traçabilité des prises en charge notamment dans le champ du soin qui ne garantit pas totalement le respect de bonnes pratiques professionnelles et des processus de travail permettant de sécuriser la prise en charge des résidents.
- La déclaration et la gestion des événements indésirables graves et la prévention de la maltraitance : la méconnaissance et l'application de la procédure de déclaration et de traitement des EIG prive l'établissement de perspectives d'analyse des pratiques professionnelles et d'amélioration de ces pratiques. Ce constat est renforcé par une insuffisance globale de la démarche de prévention de la maltraitance, notamment en matière de formation.

Enfin, un manque de travail pluridisciplinaire est relevé qui peut également nuire à la qualité de la prise en charge des résidents.

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

Fait à Lieusaint, le 25/02/2022

Le médecin inspecteur	
La chargée de contrôle	Le chargée de contrôle

## **GLOSSAIRE**

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

# ANNEXES

## Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale  
De Seine-et-Marne

Affaire suivie par

Saint-Denis, le

Madame, Monsieur,

La parution du livre « *Les Fossoyeurs - Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Ce programme, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD RESIDENCE DU MOULIN, situé 11, rue de Tivoli à LIZY SUR OURCQ (FINESS n° 770001287) qui a été inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP) comprendra :

L'inspection aura lieu à partir du 16 février 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf article L.1421-2 du CSP), en mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.

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

- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP<sup>1</sup> s'appliqueront : les inspections comprendront 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, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai d'une semaine à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

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



---

<sup>1</sup> Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre autres mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. 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 ».

## Annexe 2 : Liste des documents demandés

### **Avant la visite de l'EHPAD :**

- Liste des professionnels (soignants, administratifs et techniques) présents et absents ce jour avec qualité et affectation)
- Plan des locaux
- Les fiches de tâches hebdomadaires des IDE/AS/AMP/Auxiliaires de vie/ASH

### **Après la visite de l'EHPAD :**

- Liste nominative des résidents présents ce jour avec affectation (unité ou étage, unité protégée le cas échéant), date de naissance ou âge, date d'entrée, GIR, domicile de secours, et une version pour le médecin comportant en plus pour chaque résident, l'existence ou non d'un trouble de la déglutition, d'une dénutrition ou d'une maladie neurodégénérative (démence type Alzheimer, autres démences)
- Plannings des professionnels soignants : équipes de nuit du 15/02 au 16/02 et équipe de jour du 08/02, légendé (explication des codes couleurs et/ou abréviations) – dont vacataires/intérimaires
- Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
- Fiche de poste du médecin coordonnateur et de l'IDEC
- Fiche de poste de l'animateur et psychologue
- Fiche de poste type des ASH, AMP, AS, cadre administratif
- Planning des comités de directions et 3 derniers comptes rendus
- Liste des instances et de leurs membres
- Copie du tableau de vérification de l'obligation vaccinale anti-covid des professionnels et document désignant la personne chargée des contrôles au sein de l'EHPAD
- Modalités de communication avec les familles (gazette, lettres, notes d'information, etc. des 3 derniers mois)
- Résidents : date validation et révision des PP – extractions

### **Documents à transmettre à la mission sous 48 heures en version numérique via l'application sécurisée Blue Files (voir mode d'emploi transmis)**

N°	Nature du document demandé
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, contrat de travail
2	Qualification et diplôme du médecin coordonnateur, contrat de travail
3	Qualification et diplôme de l'IDEC, CV, contrat de travail
4	Qualification et diplôme de l'animateur, psychologue
5	Diplômes des aides soignants, AMP, ASG
6	Rapport dernière visite de la commission de sécurité
7	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)
8	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)
9	Calendrier des astreintes de direction du 1 <sup>er</sup> semestre 2022
10	Projet d'établissement, Projet de soins et trame d'un Projet de vie individualisé
11	Livret d'accueil

	Règlement de fonctionnement Contrat de séjour
12	Plan d'amélioration continu de la qualité
13	Organigramme général détaillé de l'établissement
14	Listes nominatives des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf)
15	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)
16	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant
17	Plannings des équipes de soins jour/nuits des 2 derniers mois, de février 2022 et planning prévisionnel de mars 2022
18	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel
19	Procédure d'organisation de la nuit
20	Plan de formation 2020-2021 et attestations des formations suivies ; plan prévisionnel de formation 2022
21	Liste des médecins traitants
22	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)
23	Convention entre l'EHPAD et un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil d'urgence
24	Conventions de collaboration du médecin coordonnateur avec EMG, réseaux de soins palliatifs et HAD et psychiatrie
25	Contrat(s) des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD
26	Contrat avec pharmacien d'officine pour la délivrance des médicaments
27	Rapport d'activité médicale annuel, rapport de la commission gériatrique annuelle (2 dernières années)
28	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)
29	Plan Bleu
30	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (décembre 2021 et janvier 2022) ; extraction de la veille?
32	Les conventions de stage des stagiaires (élèves, étudiants, contrats de professionnalisation ...) présents sur le mois de février 2022
33	Copie des registres des délégués du personnel (comptes rendus de réunion)
34	Comptes rendus des réunions d'équipe (hors soin) – 3 derniers
35	Les conventions de stage des stagiaires (élèves, étudiants, contrats de professionnalisation ...) présents sur le mois de février 2022
36	Copie des bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD en janvier 2022
37	Le récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD + plan d'actions en découlant
38	Tableau des ETP du mois de janvier 2022
39	Comptes rendu des 3 derniers conseils de la vie sociale
40	Comptes rendu des 3 dernières commissions des menus

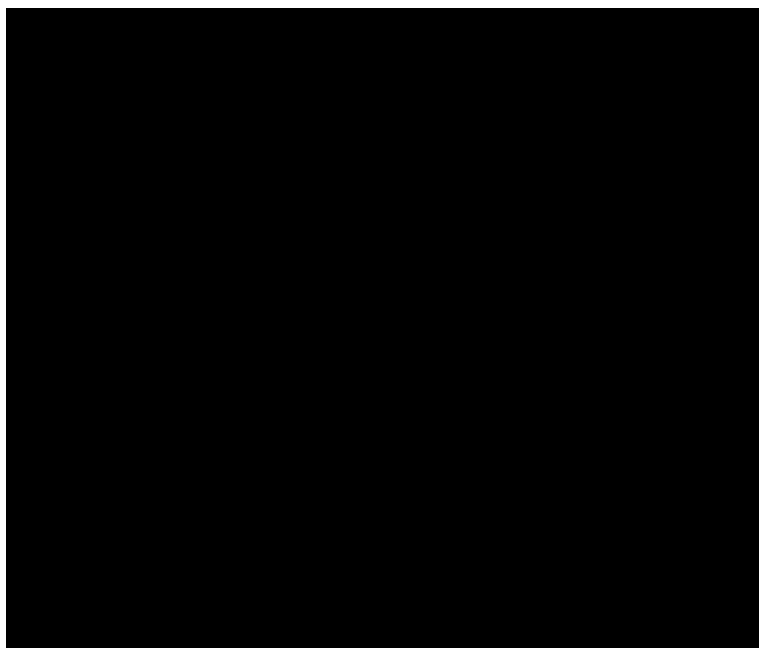
41	Menus hebdomadaires (3 derniers mois)
42	Comptes rendu des 3 dernières commissions animation
43	Programme des animations (3 derniers mois)
44	Rapport annuel d'animation
45	Planning des CODIR réalisées 2021/programmées 2022 et dernier CR
46	Planning des CODIR Siège OG 2021/programmées 2022 et dernier CR
47	Planning des AG du personnel réalisées 2021/programmées 2022 et dernier CR
48	Procédure de prise de poste pour les nouveaux agents et les intérimaires
49	La liste des personnels intérimaires et la durée de l'intérim Contrats des intérimaires décembre 21 et janvier 22
50	Pour 2021 : - Taux d'absentéisme par catégorie ASH/AS/IDE - En ETP, temps de présence effective du médecin coordonnateur
51	Procédure de l'organisation de la prestation blanchisserie/lingerie
52	Procédure de l'organisation de l'entretien des locaux collectifs et privés
53	Procédure de l'organisation de la restauration

### **Documents consultés sur place par la mission**

N°	Nature du document demandé
A	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)
B	Registre de sécurité
C	Registre du personnel
D	Cahier des réclamations / Livre d'or
E	Registre de recueil des événements indésirables (EI)
F	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles
G	Dossiers administratifs des salariés
H	Dossiers administratifs des résidents et projets de vie
I	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins
J	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins
K	Extrait de casier judiciaire pour le directeur, le medco et l'IDEC
L	Dossier médicaux des résidents

### Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection et de contrôle

(le jour de la visite sur site et/ou le lendemain par RDV téléphonique)





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