

Cabinet de la Directrice générale

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) Lucie et Edgar Faure
1058, rue de Seine
77350 BOISSISE LA BERTRAND
N° FINESS géographique : 770004109**

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_IDF_00141
Contrôle sur place le 24/08/2023

Mission conduite par :

- [REDACTED] coordonnatrice de la mission, médecin inspectrice de santé publique, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;

Accompagnée par :

- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	18
Gestion de la qualité.....	19
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support.....	25
Gestion des ressources humaines	25
Gestion d'information.....	33
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	37
Sécurité.....	39
Prises en charge.....	41
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	41
Respect des droits des personnes	45
Vie sociale et relationnelle.....	48
Vie quotidienne. Hébergement	49
Soins	52
Relations avec l'extérieur	60
Coordination avec les autres secteurs	60
Récapitulatif des écarts et des remarques	62
Écarts	62
Remarques.....	63
Conclusion	64
Glossaire.....	65
Liste des pièces à fournir.....	66
Liste des documents demandés.....	66
La lettre de mission.....	68
La lettre d'annonce.....	70

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée le 24 août 2023 en mode inopiné.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place (observation et entretiens).

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

GOUVERNANCE

- Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Bâtiments, espace extérieurs et équipement
- Sécurités

PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne - Hébergement

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

- Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf. chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Lucie et Edagr Faure 1058, rue de Seine, situé à Boissise-la-Bertrand, n°FINESS géographique 770004109, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée par l'ARS de Seine-et-Marne le 24 août 2023, sans annonce préalable à l'établissement.

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

GOUVERNANCE

- Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Bâtiments, espace extérieurs et équipement
- Sécurités

PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne - Hébergement

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

- Coordination avec les autres secteurs

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 1**

La composition de la mission figure en p.1 du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 2**.

La lettre d'annonce de la mission à l'établissement figure en **annexe 3**.

Présentation de l'établissement

Situé au 1058, rue de Seine à Boissise-la-Bertrand (77350), l'EHPAD Lucie et Edgar Faure est géré par l'association LES BRUYERES ASSOCIATION situé 1, rue de la Varenne à melun (77000).

La résidence a été créée par arrêté du Préfet de Seine-et-Marne et du Président du Conseil général de Seine-et-Marne, en date du 26 mai 2003, puis transformée en EHPAD par arrêté du 03 août 2006.

Sa capacité est de 80 places d'hébergement permanent. L'EHPAD n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Puis, devant le constat d'un nombre de personnes accueillies porteurs de troubles cognitifs de plus en plus important, l'établissement soumet à l'Agence régionale de santé une demande d'ouverture de PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés) qui ouvre ses portes en 2014.

L'établissement compte trois bâtiments : deux bâtiments récents entourent une maison de maître ayant appartenue à Edgar Faure (*L'Ermitage de Beaulieu*). L'organisme gestionnaire de l'EHPAD est locataire du bâtiment qui appartient au bailleur LogiRys.

Il y a 2 bâtiments sur 3 niveaux (RDC, 1^{er} et 2^e étage). Il comprend des salles communes d'activités au RDC et le PASA à l'étage 1.

Le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED] la coupe Pathos est en date du 26/03/2021. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous pour le GMP et au-dessus pour le PMP, des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les résidents accueillis en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit selon le TDB ATIH 2023 :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2022	[REDACTED]				
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Les recettes d'exploitation sont de [REDACTED] euros en 2022.

Les dépenses du groupe [REDACTED]%. les dépenses du groupe [REDACTED] les dépenses du groupe [REDACTED]
[REDACTED] Les dépenses de la dotation de soins servent à hauteur [REDACTED] au financement du personnel.

Le taux d'absentéisme est de [REDACTED] en 2022.

Le taux de vétusté est de [REDACTED]

Le calendrier départemental d'élaboration projette la réalisation du CPOM en 2024.

L'EHPAD participe à l'expérimentation « IDE de nuit ».

[REDACTED] des résidents viennent du domicile, [REDACTED] viennent d'un établissement de santé et [REDACTED] un ESMS.

Les signalements d'évènements indésirables par l'EHPAD sont les suivants :

EI/EIAS déclarés ARS	2021	2022
situations conflictuelles avec un ou des tiers	2	

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Lucie et Edgar FAURE
Nom de l'organisme gestionnaire	Association les Bruyères
Numéro FINESS géographique	770004109
Numéro FINESS juridique	770001154
Statut juridique	Privé à but non lucratif
Option tarifaire	Partiel
PUI	NON

¹ 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.

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

Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	80	80
	HT	0	
	PASA	14	14
	UHR	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

	Année 2021	Année X	Année X
PMP Validé	■		
GMP Validé	■		

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

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

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation				
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement <p>À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation.</p> <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique</p>			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ?</p> <p>Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG</p>	<p>Il s'agit d'un établissement privé associatif à but non lucratif ouvert le 26 05 2003 (anciennement « maison de retraite les Bruyères à Boississe la Bertrand) et reconnu comme EHPAD depuis le 3 août 2006.</p> <p>Est géré par une l'association « Les Bruyères » ;</p> <p>En location, bailleur social [REDACTED] ;</p> <p>Conseil Administration existant au niveau de l'association : [REDACTED]</p> <p>DG [REDACTED]</p>		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ?</p> <p>Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ?</p> <p>La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?</p>	<p>L'arrêté n°2006/22 autorise 80 places d'hébergement. L'arrêté 2014-182 crée le PASA avec 14 places. Au jour de la visite, ■ résidents sont présents et ont un dossier sur TITAN (sous réserve de la mise à jour du logiciel). L'EHPAD remplit les conditions de l'autorisation. La proportion de chambres double est de ■ chambres pour les couples.</p> <p>Beaucoup d'habitants ont plus de ■ A noter 34 décès en 2022.</p> <p>Le taux d'occupation est relativement faible ■ résidents soit 7 ■ à la date de l'inspection inopinée. Les raisons mises en exergue par la Directrice sont celles d'une concurrence très importante dans le secteur (pourtant listé dans 3 organismes différents). Elle évoque également un ratio entrées/sorties nul. La directrice de l'EHPAD fait état d'une attente au niveau du siège pour augmenter ce taux d'occupation. Il n'existe pas de listes d'attente au sein de l'ehpad.</p>	E1	<p>L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</p> <p>L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation)</p> <p>R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée)</p> <p>D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans)</p> <p>D312-155-0-1 CASF (PASA)</p> <p>D312-155-0-2 CASF (UHR)</p> <p>D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)</p>
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ?</p> <p>La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?</p>	<p>Il n'existe pas encore de CPOM. Celui-ci devrait être mis en place en 2024, il s'agira d'un CPOM Régional regroupant entre autres les 4 EHPAD de Seine-et-Marne.</p>		<p>L313-11 CASF (CPOM)</p> <p>L313-12 (contenu CPOM)</p>
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Principaux objectifs du contrôle</u> : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes</p>			
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?</p>	<p>Il existe un projet PASA en date de mars 2022. Il en est fait mention dans le livret d'accueil et il existe une plaquette de communication à cet effet.</p>		<p>Art. D312-155-0-1 (PASA)</p> <p>Art. D312-155-0-2 (UHR)</p> <p>RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes – Financier			
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ?	■ résidents avec une moyenne d'âge de ■ sont au jour de l'inspection présents dans l'ehpad. Le résident le plus jeune a ■ La moyenne des GIR est la suivante : ■ GIR 1 ■ GIR 2, ■ GIR 3, ■ GIR 4 et ■ GIR 5 et ■ non GIRE. L'état de santé des résidents est lourd avec des polyopathologies, des situations familiales complexes.		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie				
1.2.1.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résident ?	Il existe un règlement de fonctionnement qui date du 09/12/2015 et qui a été révisé et approuvé par le CA en date du 15/12/2021. Il a été présenté au CVS le 22/06/2021. Le règlement est à disposition des visiteurs dans le hall. Il est remis à chaque résident lors de l'admission.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement contient des dispositions obligatoires mentionnées dans le CASF. Il prend en compte la dimension de locaux collectifs et privés, l'accompagnement du résident jusqu'à sa fin de vie, sa sécurité, ses droits et devoirs, la prise en charge des EI et des urgences. Il évoque également les partenaires, les prestations à disposition des résidents, les visites des proches, le droit à une vie sociale, aux soins, à la citoyenneté et à la bientraitance. Il n'est pas fait mention dans le règlement de fonctionnement des affections, ni de l'organisation des soins et ni des temps de réunion ou transmissions, ni des évaluations des pratiques professionnelles.	E2	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement 2022/2027 a été signé par la direction de l'EHPAD le 01/03/2023 puis le 1/06/2023 par le DG de l'association. Il a été présenté au CVS le 27/03/2023. Il a été transmis à l'ARS en novembre 2023. Il a été écrit en 2023 pour une période 2022-2027		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement présente l'établissement, son histoire, son portage associatif et ses valeurs. Il décrit également la population accueillie, les partenariats extérieurs, le projet de vie et de soins du résident, ainsi que les soins non médicamenteux mis en œuvre comme le PASA. Il comprend également un volet social et un volet plus « technique » qui compte les services tels que la lingerie, la restauration, le bâtiment. Les valeurs de bienveillance sont démontrées en autres via des formations dispensées aux salariés. Le projet de vie du résident présente les caractéristiques de l'accompagnement dans toutes les dimensions. Attention le projet d'établissement mentionne la présence des ASG du PASA le dimanche pour mener des activités d'animation, or les soignants affectées au PASA y sont uniquement dédiées selon la directrice. Le projet d'établissement détaille le projet de soin et fait référence aux protocoles en vigueur, notamment pour le circuit du médicament. Il se projette sur des actions à mettre en œuvre sur les 5 prochaines années.	E3	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Le « plan bleu » a été mis à jour en mai 2023 Il est adapté à la structure. Toutefois il ne mentionne pas les coordonnées des institutions et partenaires à prévenir en cas de déclenchement. Le tableau de fournitures supplémentaires à prévoir n'est pas rempli (quantité et lieu de stockage).	E4	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Le plan bleu a été présenté en CODIR. La gouvernante, présente au CODIR, transmet ensuite son contenu aux ASH et le directeur aux AS et IDE.		d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	La directrice est à temps complet depuis le [REDACTED] Employée depuis [REDACTED] sur le poste d'adjointe, elle obtient un CDI sur le poste de direction [REDACTED] [REDACTED] Elle a été positionnée sur une direction commune avec l'EHPAD de Voulx quelques mois [REDACTED] L'organigramme figure au sein du contrat d'établissement mais il n'est pas à jour (manque la nouvelle idec arrivée la veille de l'inspection). Il traduit les liens hiérarchiques.	E5	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Le CODIR compte dans ses membres la directrice, la gouvernante, l'IDEC, l'agent technique, la psychologue, la psychomotricienne, le médecin coordinateur, la secrétaire de direction et la secrétaire administrative. Il se réunit toutes les semaines [REDACTED] La directrice rédige les CR et les met sur le réseau intranet. Chaque chef de service le diffuse à ses agents. Les relations avec l'association sont régulières.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Jusqu'en 2021, le climat social était tendu et certains professionnels adoptaient des pratiques malveillantes qui ont conduit à une vague de licenciement. Le climat était assez délétère. Puis, l'équipe a été renouvelée, ce qui a mené à un apaisement de la situation. Il reste toutefois une problématique reconnue de la direction : le manque de personnels en CDI ; A noter beaucoup d'absences : [REDACTED] Cela se passe mieux qu'il y a 2 ans et demi car l'équipe a été modifiée. Le CSE existe au niveau associatif (national) se réunit tous les 2 mois avec un représentant de proximité qui se déplace régulièrement.	E10	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	A noter un [REDACTED] qui s'organise tous les [REDACTED] en présentiel sur [REDACTED] avec tous les directeurs nationaux des [REDACTED] Les sujets abordés sont divers (mise à jour RH, juridique, qualité, financière) et sont présentés par les directeurs de différents pôles. Il y a des échanges de pratiques pour aboutir à des procédures communes. La directrice décrit une bonne entente entre directeurs mais note beaucoup de turn over. La Directrice de l'EHPAD inspecté a été durant [REDACTED] [REDACTED] La référente qualité est la secrétaire de direction qui gère ce domaine en coordination avec la Directrice. La directrice se dit soutenue par le siège. Pour les contacts en urgence, cela suit une organisation « Cascade d'appels » : un problème correspond à un contact identifié et facile d'accès. Les salariés de l'établissement connaissent cette procédure.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.6	Management et Stratégie	<p>Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs 	<p>La directrice a pris ses fonctions en temps plein depuis le [REDACTED]</p> <p>Elle a été en charge également de l'EHPAD [REDACTED]</p> <p>La fiche de poste est complète et cohérente avec les délégations accordées.</p>		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice possède un [REDACTED]		<p>D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur)</p> <p>D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur)</p> <p>D312-176-10 (ets publics communaux)</p> <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)</p>
1.2.2.8	Management et Stratégie	<p>Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?</p>	<p>Les astreintes administratives sont formalisées selon un planning défini. Les participants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Directrice : -Secrétaire de direction -Gouvernante -Et bientôt la cadre de santé. <p>Soit une semaine par mois pour chacun. Elle a lieu du lundi [REDACTED]h, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] ont réalisées des transmissions par mail. Un WE par mois un membre de l'équipe de direction est présent sur site. Si besoin, il y a toujours la possibilité d'appeler la directrice. A noter la présence d'un sac d'astreinte, téléphone portable, classeur avec tous les éléments nécessaires.</p>		Décret 2010-30 du 8 janvier 2010_article 2

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	Le jour de l'inspection inopinée, la directrice est présente. En cas d'absence, il existe une délégation écrite de pouvoir vers la gouvernante et vers la secrétaire de direction chacune sur leurs domaines de compétences.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations sont-elles formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	Les délégations de pouvoir sont formalisées par écrit. Elles comprennent : - Respect du projet d'établissement ou de service - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs - Gestion du bâti - Durée et modalité d'application Les délégations de pouvoirs de la gouvernante et de la secrétaire administrative sont écrites et rassemblent les domaines précédemment cités, à l'échelle de leur compétence propre. Le conseil d'administration a connaissance de ces documents et les équipes de l'établissement aussi.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Oui, une procédure de délégation a été validée par le siège de l'OG. Dans le chapitre 1 alinéa continuité de prise en charge de la Délégation de pouvoir de la directrice est clairement noté que la directrice établit les délégations nécessaires à cette continuité.		D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	Une IDEC est arrivée au sein de la structure la veille de l'inspection à savoir [REDACTED] Elle est [REDACTED]	R1	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La fiche de poste de l'idec n'est pas remise à l'idec le jour de l'inspection.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Il existe un médco mais dont le temps de travail est à [REDACTED] pour [REDACTED]	E6	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un évènement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social – Médiatique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA	L'ensemble des éléments sont affichés ou à disposition des résidents et visiteurs dans un porte vues dans le hall d'accueil.		L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	<p>Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ?</p> <p>Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui ont établi les ordres du jours ? et modalités de communications ?</p> <p>Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?</p> <p>Qui est chargé de rédiger les compte-rendus ?</p>	<p>Il existe un CVS. La dernière réunion a eu lieu en juin 2023 . Le CR n'est pas encore rédigé à date de la mission d'inspection. Le dernier CR rédigé est celui de la réunion en date du 27 03 2023. Le compte-rendu est disponible à l'accueil. La prochaine réunion est prévue le 19 octobre 2023. Une élection est prévue à la fin de l'année 2023.</p> <p>La réglementation du CVS est conforme avec des membres mutualisés sur l'ensemble du département. Le règlement intérieur du CVS est conforme.</p> <p>Le CVS se réunit 3 fois par an ainsi que lors des réunions exceptionnelles (par exemple, en mars 2023 pour validation du projet d'établissement et retrait du masque) en présence d'un administrateur de l'OG. Chaque résident peut participer au CVS, même si un collège de représentants est élu.</p> <p>Madame la Directrice rédige les CR et les diffuse.</p>		D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	<p>Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements. On retrouve seulement dans 1 CR de CVS (juin 2021) un point d'information sur les EIG depuis janvier 2021. La feuille EI est sous format papier ou en intranet. Le CVS n'est pas nécessairement informé des actions correctrices. Il y a une remontée de certains EI à l'ARS plutôt les EIG.</p>	E7	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité				
1.4.1.0	Gestion de la qualité	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes</p>			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	<p>Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaines ? Sont-ils connus des autres professionnels ?</p> <p>Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?</p>	<p>Il existe 1 référente qualité [REDACTED] mais pas toujours identifiée par les professionnels de l'EHPAD. Elle [REDACTED] et a été accompagnée dans cette mission par la direction médico-sociale et qualité LBA. Elle a particulièrement en charge le suivi des fiches d'événements indésirables, de la préparation des comités de pilotage de la qualité et du plan d'actions qualité, l'affichage au sein de la résidence et la communication autour de la démarche qualité.</p>		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	<p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? 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 ?</p>	<p>Il existe un Comité de Pilotage Qualité qui est composé de la direction et des membres du Comité de direction (CODIR). Le COPIL qualité s'est réuni [REDACTED] en 2022. Des Groupes de Travail Qualité ont lieu et 17 groupes de travail ont été réalisés afin de réaliser la mise à jour du projet de l'établissement.</p> <p>Le CODIR : Il s'agit d'une réunion hebdomadaire, elle rassemble le personnel encadrant (MEDEC, IDEC, gouvernante) et les fonctions annexes (secrétaire de direction, secrétaire, chef de cuisine, animatrice, psychologue, ergothérapeute, agent d'entretien).</p> <p>Les thématiques abordées lors de ces réunions sont diverses : Point de situation sur les résidents, suivi de la programmation des projets personnalisés, suivi de la prestation restauration, suivi de la prestation animation, suivi de la maintenance, suivi</p>		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

			des contacts extérieurs, suivi du TO, suivi budgétaire, suivi RH, communication.ent. Le Plan d'Amélioration de la Qualité : La mise à jour est effectuée en COPIL sur le logiciel Agéval. Il permet de décliner les différentes actions d'amélioration qui ont été décidées, leurs objectifs, actions et échéances par pilote. Ce logiciel est utilisé depuis octobre 2019. La direction et la référente qualité ont été formées à l'utilisation de ce nouveau logiciel, qui s'avère plus ergonomique et plus facile à utiliser que le précédent logiciel. A noter la rédaction d'un rapport qualité en 2022.		
1.4.2.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique			
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Ont été réalisés des audits soins [REDACTED] par le pôle soin de l'association LBA. La DDPP est venue réaliser un audit en mars 2022 avec un avis favorable. Un audit du prestataire de restauration collective API a eu lieu en 2022. La société PLG (prestataires de produits d'hygiène) a réalisé un audit en 2022. A noter une mise en place de suivi par les indicateurs HAS sur plusieurs axes : La garantie et les droits individuels et collectifs, La prévention des risques liés à la santé, inhérents à la vulnérabilité des résidents, la personnalisation de l'accompagnement, l'accompagnement de la fin de vie. La mission ne peut déterminer si l'évaluation a été transmise dans les délais à l'autorité.	E8	L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des personnes – Managérial			
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?	Le document informant de l'existence de la plate-forme téléphonique 3977 est affiché dans l'ehpad. Un paragraphe dans le livret d'accueil de juillet 2023 rappelle la question de la maltraitance. Il existe un protocole pour sensibiliser sur le repérage des situations de maltraitance. Il existe un affichage pour sensibiliser en matière de harcèlement moral et sexuel.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et «

		<ul style="list-style-type: none"> - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels <p>Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ?</p>			Mission du responsable d'étab et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.2	Gestion de la qualité	<p>Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels <p>Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?</p>	SO		<p>Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit)</p> <p>Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</p> <p>L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements)</p> <p>Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)</p>
1.4.3.3	Gestion de la qualité	<p>Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?</p> <p>Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ?</p> <p>L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?</p>	Oui il existe une procédure élaborée en 2020 sur le signalement et la gestion d'une situation de maltraitance. Un courrier au procureur est possible (exemple un courrier réalisé en 2021).		<p>L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>L 331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p>R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p>arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS</p> <p>Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</p> <p>L313-24 CASF (protection du signalant)</p>

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Sécurité des personnes – Juridique – Médiaque			
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Apprécier l'organisation de la gestion des événement indésirable et du fonctionnement au sein de l'EHPAD <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	Il existe des fiches d'EI à disposition des professionnels. La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence le suivi des EI. Des pistes d'amélioration suite aux enquêtes de satisfaction 2021 et 2022 ont été rédigées.	E9	R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ?</p> <p>Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p> <p>Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?</p>	<p>D'après le rapport qualité 2022, l'établissement dispose d'une procédure de déclaration et de traitement des EI et EI graves. Ces fiches sont à disposition des salariés, résidents et familles au niveau de l'accueil.</p> <p>La mission d'inspection n'a pas mis en évidence de formation spécifique pour les agents mais des fiches d'EI à destination de la direction sont en place. Ces fiches sont transmises au siège LBA par un formulaire spécifique (LBA) qui exerce une sélection des EI à faire remonter à l'ARS. La démarche est indiquée dans plusieurs fiches.</p> <p>Le traitement est immédiat en cas d'EIG.</p> <p>Entre 2021 et 2023, 3 signalements ont été faits à ARS et CD. Pas de suivi documenté disponible de ces 3 signalements au sein de l'ehpad.</p> <p>La mission n'a pas pu mettre en évidence l'acculturation des professionnels à ces déclarations d'EI.</p>	E9	<p>L313-24 CASF (protection du salarié déclarant)</p> <p>RBPP HAS, "Mission du responsable d'étabt et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008</p> <p>Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p>
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ?</p> <p>Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ?</p> <p>Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Des retours sont-ils faits aux déclarants ?</p>	<p>D'après le rapport qualité 2022, l'établissement s'est engagé auprès des familles, résidents et personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> o À consulter quotidiennement la boîte aux lettres des dépôts des FEI, o À tenir informés régulièrement les déclarants de la prise en compte de leur signalement, de la mise en place des actions menées et des mesures correctives o En informer l'équipe du CODIR et la référente qualité en réunion flash du jour <p>La référente qualité saisit la fiche sur l'intranet LBA.</p> <p>En fonction de la thématique, les FEI sont ensuite reprises en CODIR pour être codifiées, plus clôturées sur l'intranet.</p> <p>Une information est systématiquement faite au réclamant, et le CVS est également informé en fonction de la FEI.</p> <p>25 FEI ont été remplies en 2022 avec un délai moyen de clôture de 30 jours.</p> <p>Les actions sont incluses dans le plan d'amélioration 2022.</p>		<p>L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités)</p> <p>R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées)</p> <p>R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</p> <p>R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)</p> <p>HAS, "Mission du resp d'étabt et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS, CD, Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Oui. Par exemple, il existe un tableau, très succinct, des événements faisant l'objet d'un signalement à l'ARS. Un courrier a été transmis concernant un signalement fait au procureur de la République (date 28/05/2021). Pour le CD, nous ne disposons pas de l'information. Le suivi et les retours d'expérience n'ont pu être mis en évidence.	E9	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)
1.5.1.7	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Oui. Il existe des fiches d'EI à transmettre à la direction puis sont transmis au siège LBA et déclarés à l'ARS en cas d'EIG selon les professionnels de l'ehpad.		

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial – Social</p>			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), <p>- ratios d'encadrement général et soignants <i>(Charge en soins par IDE < 4300 ; Charge en dépendance par AS/AES < 3200 Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque)</i></p> <p>- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ?</p>	<p>L'effectif soignant prévu est le suivant</p> <p>IDE : poste pourvu DE : IDE en poste AS : équipe de nuit comprise ASG : postes pourvus Auxiliaires de vie en CDI : sur budget hébergement.</p> <p>Recours au CDD important et à l'intérim ;</p> <p>Charge en soin : > nécessité à minima DE supplémentaires L'IDE n'est pas comptée dans les effectifs soignants car sa fiche de poste ne comprend pas ces missions.</p> <p>Charge en dépendance : > nécessité de recruter du personnel soignant diplômé en CDI (soignants)</p> <p>Il y a AVS/AV affectés aux soins</p> <p>> nécessité de recruter et de fidéliser du personnel paramédical (IDE-AS-AES) > impact sur la qualité et la sécurité des soins</p>	E10	<p>D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.2	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p> <p>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p>	<p>Le manque de personnel soignant est résolu par le recours aux CDD courts allant de ■ journée à ■ mois.</p> <p>Le recours à l'intérim est uniquement pour le personnel infirmier.</p> <p>Globalement, les personnels soignants (AS-AES-AVS) en CDD sont fidèles mais ne souhaitent pas de CDI.</p> <p>Sur le planning du mois de juin, ■ agents interviennent en CDD sur les soins.</p> <p>Le tableau du personnel en CDI fait état de ■ DE ■ IDEC, ■ AES/AMP/ASG, ■ AS mais la mission ne reçoit que ■ diplômes IDE et ■ diplômes AS.</p> <p>Les soignants interrogés décrivent une politique RH attractive : prime à l'embauche, puis nouvelle prime au bout de 6 mois d'ancienneté, prime aux agents qui favoriseraient les recrutements.</p>	E10	<p>Article L. 1242-2 du Code du travail</p> <p>Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail</p> <p>D. 312-155-0 II11 du CASF</p> <p>L311-3 CASF</p> <p>Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe</p>
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	<p>Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?</p>	<p>Du fait du turn over important et du recours aux CDD et à l'intérim, une très grande charge psychologique pèse sur les équipes en CDI qui doivent quotidiennement former les nouveaux arrivants > usure et épuisement professionnel.</p>	E10	<p>L.311-3 1° CASF (Sécurité résident)</p> <p>L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)</p>
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	<p>Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail 	<p>Les échantillons des dossiers administratifs des professionnels soit ■ dossiers sont conformes.</p> <p>Ils comprennent bien le contrat de travail, la fiche de poste signée, DUE, CNI, casier jud, CV, diplôme, l'inscription à l'ordre, les entretiens évaluation, charte d'intégration du nouveau collaborateur, la situation administrative, la médecine du travail, la prévoyance mutuelle: AT, vaccination covid, carte mutuelle obligatoire, attestation vitale, les formations.</p>		<p>L133-6 CASF (casier judiciaire)</p> <p>Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD)</p> <p>L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail)</p> <p>L451-1 CASF (agrément formations sociales)</p> <p>D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES</p> <p>L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS</p> <p>R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)</p> <p>Art. L. 4311-15 et L. 4312-1 du code de la santé publique</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	<p>Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ?</p> <p>La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?</p>	<p>A noter la présence de ■ kinésithérapeutes libéraux qui sont conventionnés avec l'EHPAD inspecté.</p> <p>L'orthophoniste ne vient plus</p> <p>Il y a un podologue et une coiffeuse.</p> <p>L'inscription à l'ordre pour l'IDE se trouve dans son dossier.</p>		<p>Art. D312-157 CASF</p> <p>D312-155-0 II CASF</p> <p>L312-1 II 4°alinéa CASF (qualification des professionnels)</p> <p>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</p> <p>D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)</p> <p>Art. L. 4311-15 et L. 4312-1 du CSP-IDE</p> <p>Art. L. 4112-5 et L. 4321-10 du CSP- kiné</p>
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial – Social</p>			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	<p>Existe -t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ?</p> <p>Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?</p> <p>Quels sont les thèmes des formations (bienveillance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?</p> <p>Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ?</p> <p>Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ?</p> <p>Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?</p>	<p>Il n'a pas été fourni à la mission de plans de formation comme demandé.</p> <p>Pourtant, lors de l'entretien avec la mission d'inspection, la Directrice évoque le fait que le plan de formation est construit par le siège, suite aux remontées des demandes effectuées lors des entretiens annuels.</p> <p>Au sein du projet d'établissement, on retrouve le bilan des formations 2020-2021.</p> <p>L'établissement propose des formations nationales et formations ciblées : ex formation humanité 4 jours : 2 groupes de 10</p> <p>Formation incendie tous les ans sur site :2h30.</p> <p>Il existe également des formations flash par le médoc ou par la FG de Melun sur des bonnes pratiques (chutes, maladies neurodégénératives par exemple).</p> <p>Dans le RAMA 2022, il est mentionné 10 séances d'analyses des pratiques sur l'année 2022, des séances d'écoute psychologique prise en charge par la mutuelle d'entreprise.</p>	R2	<p>HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008</p> <p>L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			<p>Les soignants se disent néanmoins usés de la politique de remplir à tout prix alors que l'équipe est en souffrance du fait du turn-over, des difficultés de recrutements.</p> <p>Lors de l'entretien, avec la directrice, elle a indiqué que la VAE était possible, ainsi que l'accès à des formations externes. La prise en charge de la douleur est un axe phare de l'établissement.</p> <p>Concernant la prévention de la maltraitance, la psychologue échange sur les bonnes pratiques pendant les transmissions. La maltraitance : des formations, des échanges pendant les transmissions, et des échanges de bonnes pratiques sont organisés ainsi que la présentation des protocoles.</p>		
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ?</p> <p>Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ?</p> <p>Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ?</p> <p>Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ?</p> <p>Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?</p>	<p>La directrice a indiqué que des VAE étaient possibles, sans préciser les informations diffusées à cet effet.</p>		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Les nouveaux arrivants sont-ils accompagné d'un pair ?</p> <p>Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?</p>	<p>Il existe une procédure d'accueil des nouveaux arrivants, d'accompagnement par un pair et l'accompagnement du pôle soins.</p> <p>Le nouvel arrivant signe une charte de bienveillance. Cela a été vu dans les dossiers des professionnels et cela nous est rapporté par un soignant.</p> <p>Cet accueil est mentionné dans la fiche de poste de l'IDEC : « organiser et s'assurer de l'accueil de l'intégration du nouveau personnel soignant »</p> <p>La directrice nous informe que le Pôle soin de l'association accompagne l'IDEC 1 fois par mois sur cette thématique.</p>		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Il existe un groupe de parole avec un psychologue extérieur qui intervient depuis fin 2022 à raison de 2 à 3 séances par mois.		
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Les transmissions qui ont lieu quotidiennement apparaissent comme un temps d'échange entre les professionnels de santé :: tous les jours 30 minutes même le WE de 14h30 à 15h. La Directrice participe aux transmissions sur le volet administratif. Il est possible de prévoir pendant ces transmissions des mini-temps de formation de la part des personnes du CODIR. Les CODIR hebdomadaires sont également un lieu d'échange, tout comme les EPA à titre individuel qui sont menés par le N+1. Deux assemblées plénières annuelles des salariés sont organisées en interne. Lors de ces réunions le Directeur du siège se déplace sur site. Ex : échange avec le DAF pour sensibiliser les équipes aux admissions. Pour les équipes de nuit sont organisées 2 réunions par an (équipe et coéquipe) sur convocation avec paiement des heures supplémentaires. A noter dans le RAMA 2022, le poste de médco implique le respect des Droits et Valeurs de la Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie. Il existe un protocole sur la fin de vie.		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESMS (HAS - 08/03/2022)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			<p>Une réflexion de prise en charge de la fin de vie est en cours mais au sein d'un groupe restreint. (RAMA 2022).</p> <p>Au cours de l'année 2022, ont été accompagnées ■ personnes en fin de vie, et de nombreux moments d'échanges entre collaborateurs ont eu lieu pour organiser les accompagnements (Rapport qualité 2022).</p> <p>A noter également une stratégie éthique au sein du projet d'établissement 2022-2027 et un chapitre sur le respect des droits dans le livret d'accueil 2023.</p>		
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <p>- S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes</p>			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	<p>Les plannings sont-ils faits en avance ?</p> <p>Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ?</p> <p>La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ?</p> <p>Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?</p>	<p>Les plannings sont réalisés 1 mois à l'avance. Les plannings sont toujours complets grâce à un pool de CDD fidèles et au recours à l'intérim. Les situations sont quelques fois déverrouillées la veille pour le lendemain.</p> <p>Pour les professionnels en CDI sont affichés le 1er mars les congés d'été et pour le planning « classique » ils sont affichés le 10 du mois précédent soit 1 mois en avance.</p> <p>Le planning est affiché en salle de transmission, il est réalisé grâce au logiciel Organisor.</p> <p>Il y a un complément par le pool de CDD pour les remplacements et le recours en cas d'urgence à l'intérim.</p> <p>C'est la gouvernante qui fait les planning des ASH et l'idéc pour l'équipe soins.</p> <p>C'est le Codir qui accorde les vacances (quota 50% de CDI en poste).</p> <p>Pour le planning de l'hôtellerie, s'agissant d'un prestataire extérieur, l'organisation lui en incombe.</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	La mission ne dispose pas de fiches de postes des agents mais de fiches de tâches selon l'affectation de l'agent. L'affectation ne prend donc pas en compte le niveau de qualification de l'agent. Ainsi des agents non diplômés peuvent effectuer des gestes techniques dévolus à des personnels diplômés. Des protocoles sont rédigés relatifs aux urgences, EI et EIG. En cas d'urgence, les membres du CODIR sont en accès direct au téléphone, selon une cascade d'appel mentionnée dans une procédure.	E11	
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	A la connaissance de la mission d'inspection, il n'existe pas de protocole spécifique formalisant la délégation de tâches des IDE vers AS et AES pour les actes de la vie quotidienne.	E11	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Le jour : Amplitude horaire est de [] h (AS et IDE) par jour, avec une équipe et une contre équipe avec [] h de pause [] et [] mins soit matin soit après-midi), soit [] heures effectives. Les ASG travaillent en [] au PASA. Le rythme est de [] à la quinzaine : [] une semaine [] une semaine. [] jours de travail, [] repos puis [] jour de travail, 3 repos) La nuit : Horaires de nuit : 20h15 à 7h15 AS de nuit : pause de [] ASH de nuit pause de [] > [] heure de pause et [] minutes rémunérées Les horaires des soignants et des IDE sont échelonnés pour permettre un chevauchement pour les transmissions Effectifs présents le jour du contrôle : - Directrice : [] - Gouvernante : []		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			<ul style="list-style-type: none"> - Maintenance : [REDACTED] - Secrétaire : [REDACTED] - Psychologue : [REDACTED] - IDEC : [REDACTED] - IDE : [REDACTED] - AS : [REDACTED] - [REDACTED] : [REDACTED] - ASH : [REDACTED] - [REDACTED] : [REDACTED] - AMP : [REDACTED] <p>Les effectifs sont conformes au planning établi.</p>		
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	<p>Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ?</p> <p>Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?</p>	<p>La structure fait face aux absences prévues par les CDD, et par l'intérim.</p> <p>Pas de procédure de remplacement mise en évidence par la mission d'inspection. Les membres du CODIR sont alertés d'une absence et réagissent au coup par coup.</p> <p>Les soignants précisent qu'ils sont souvent en sous-nombre et se trouvent donc à gérer plus de toilette que la normale</p> <p>> épuisement / usure professionnelle</p>	E10	<p>Article L. 1242-2 du Code du travail</p> <p>Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail</p> <p>D. 312-155-0 II11 du CASF</p> <p>L311-3 CASF</p>
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	<p>La nuit le binôme est formé d'un AS et d'un AVS. L'AS est chargé de distribuer les médicaments si besoin.</p> <p>Se pose la question du remplacement du personnel en cas d'absence. La mission ne dispose des diplômes des remplaçants.</p>		

2.3 Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.1.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence des rapports réglementaires (Rapports d'activité, rapport médical...) - Identifier les éventuels points de dysfonctionnement qui ressortent d'une analyse du contenu des rapports et des données statistiques disponibles <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique - Managérial			
2.3.1.2	Gestion d'information				Article R314-50 casf (rapport d'activité) R314-49 CASF (délai de transmission bilan comptable EHPAD) D312-203 CASF (action démarche qualité dans RAA) R314-3 CASF (calendrier budgétaire EPRD)
2.3.1.4	Gestion d'information	Le médecin coordonnateur rédige-t-il un rapport annuel d'activité médicale (RAMA)? Ce rapport retrace-t-il les modalités de : - la prise en charge médicale, - les caractéristiques de la population accueillie, - les recours aux urgences, les hospitalisations Y a-t-il une analyse des données de : - morbidité, - mortalité, - des événements indésirables, - des complications liées aux soins	Le RAMA est rédigé par le Médco. Le dernier RAMA rédigé est celui de 2022. Il comprend : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel médical et paramédical • Protocoles de soins • Les modalités de coordination inter professionnelle • Population accueillie • Partenariats et Conventions • Axes de prise en charge spécifiques (escarre, chute, nutrition, contention...) • Actions de formation • Projets N+1 • Les analyses des données : Il ne comprend pas d'analyse des hospitalisations, ni des EI, ni de la morbidité.	E12	D. 312-158 (10°) CASF (MedCo rédige RAMA avec équipe soignante / RAMA retrace l'évolution de l'état de dépendance et santé des résident) D. 312-155-3 al 9°, CASF (MedCo rédige RAMA) D. 312-158 (4°) CASF (MedCo doit évaluer l'état de dépendance-GIR) Modèle de trame RAMA 2020 -ARS pays de Loire
2.3.2.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ?	L'établissement tient un registre des entrées/sorties conforme que la mission a pu consulter.		L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.4.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	Le dossier du résident est conforme sur le plan administratif. Il comprend le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement signé, ainsi que les documents utiles. Le droit à l'image est mentionné dans le contrat de séjour. La personne de confiance désignée et les directives anticipées sont indiquées simultanément dans Titan et le classeur (résident). Le DLU est mis à jour par les médecins et les soignants. Un classeur reprend : suivi administratif, suivi médical, traitement, soins matériel (matériel de kiné, lunettes...) courriers spécifiques, biologie. Le projet personnalisé est dans le classeur et dans titan.		L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil. Loi 2002-2 (Kouchner) relative aux droits et libertés
2.3.4.3	Gestion d'information	Sur quels supports retrouve-t-on le dossier médical ? (papier, informatique, ...) Comment et quand sont organisés le recueil des données de santé et leur gestion - courrier, - compte-rendu, - dossier de demande d'admission, - de visite de préadmission, d'admission et de suivi au sein de la structure, - lettre de sortie et compte-rendu d'hospitalisation, - prescriptions, - observations, - Vaccinations, - DLU, - autres...	Le logiciel [REDACTED] est utilisé pour les : -projets personnalisés, -dossiers administratifs, -directives anticipées, -régimes, -vaccins, -plan de soins, -prescriptions, -observations médicales, -transmissions, -traçabilité, -DLU, -CR (biologie examens complémentaires) -RDV médicaux -entrées et sorties des résidents		L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP (confidentialité des informations de santé concernant le résident) Par assimilation, R1112-2 CSP (dossier médical en EDS) L. 1112-4 (PEC de la douleur et des soins palliatifs en EDS et en ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Il existe également des documents dans le classeurs papier. Des tablettes, pour les IDE, et ce pour la traçabilité en temps réel sont à disposition.		
2.3.4.4	Gestion d'information	Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	Le stockage des dossiers est bien sécurisé.		R4312-35 CSP (IDE_protection données dossier soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel) HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement				
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ?	L' état général des bâtiments est bon. Le patrimoine est correctement entretenu. La propreté des vestiaires / douches est à revoir, ainsi que celle des placards fermés à clés dans les recoins des couloirs.	E13	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	Tous les locaux communs sont équipés d'un système de climatisation sauf le vieux bâtiment et le rdc bâtiment A au sein desquels on retrouve des systèmes de climatisation mobile. Lors de l'inspection, la climatisation au 1er étage du bâtiment A était en panne dans l'attente d'une carte électronique (le relevé de température indiquait jusqu'à 28° le 22 août 2022)	E14	D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	Il existe : [REDACTED] (1 par secteur)		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	[REDACTED] gère les réparations courantes ou fait appel à un prestataire selon les besoins.		
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Il n'y a pas de rails, selon les dires de la Directrice, car les murs ne sont pas capables de supporter ce poids. Les soignants se plaignent du manque de matériel pour lutter contre les TMS (peu de chambres équipées de rails plafond)	E15	L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) qu'elles soient faites en interne ou externalisées <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Financiers			
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le linge est pris en charge par l'établissement (linge résident et linge des professionnels de santé et linge de la restauration). Selon la directrice, l'organisation répond aux attentes avec quelques retours mécontents des patients sur le délai. Sur l'enquête de satisfaction habitants 2022 : « Le linge : pour [REDACTED] des résidents, le linge est bien entretenu ».		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.2.7	Sécurités	Existe-t-il un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI ? Quelle est la périodicité d'enlèvement des DASRI ?	Les DASRI sont gérés par les IDE, et enlevés tous les jeudis.		R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI)
2.5.2.11	Sécurités	Combien de vaccins antigrippaux sont dispensés ? Quelle est la proportion de résident vaccinés contre la grippe saisonnière ?	Les résidents sont non vaccinés contre la grippe car il y a eu refus des familles.		
2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Oui il existe des barres d'appui.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	Un système anti-fugue existe : code pour la porte, médaillon anti-fugue dès l'approche du portillon. Les portes de secours sont sous alarme. Le dispositif a été testé lors de l'inspection : le signal retentit sur le téléphone (DECT) de l'AS (qui avait coupé la sonnerie) et de la personne en charge de la maintenance.	E16	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel malade pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ?	<p>Le système d'appel malade se présente sous forme de montre ou de collier se trouvant sur les patients. Il n'existe pas d'appels malades dans les lieux communs.</p> <p>Le délai de réponse aux appels est excessivement long :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mois de Juillet : ■■■ appels avec un temps moyen de réponse allant de 15 minutes à 47 minutes avec une proportion plus importante de temps moyen oscillant autour de 40 minutes. Mois d'août ■■■ appels avec un temps moyen de réponse allant de 18 minutes à 44 minutes, avec un temps moyen oscillant également autour de 35-40 minutes. <p>Les relevés du 23/08 laisse apparaître des délais de réponse allant jusqu'à 7h48 et ■■■ appels excédants une heure de délai de réponse.</p> <p>Lors de notre visite, nous avons pu constater que le temps de réponse est inacceptable. Chaque professionnel de santé prend le téléphone (DECT sectorisé) qui correspond à la zone dont il va s'occuper. S'il n'y a pas de réponse, l'appel passe à IDE puis l'IDEC puis à la directrice si pas de réponse au bout de 15 minutes.</p> <p>Cette défaillance a également été mise en avant dans l'audit qui a été réalisé en août à la demande de l'établissement. La directrice a conscience de ce besoin d'amélioration.</p>	E16	<p>L313-4 CASF (docs sur droits du résident)</p> <p>L311-3 CASF 1° (sécurité du résident)</p> <p>Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".</p>
---------	-----------	--	--	-----	--

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie				
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...)</p> <p>Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ?</p> <p>Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?</p> <p>Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ?</p>	<p>Est utilisé le cerfa adéquat pour les demandes d'admission.</p> <p>3 procédures sont mises en place :</p> <p>Pré-admission d'un nouveau résident</p> <p>Accueil et intégration d'un nouveau résident</p> <p>Elaboration des projets personnalisés.</p>		<p>(obligation cerfa DU)</p> <p>R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement)</p> <p>D312-155-1 CASF</p> <p>Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF</p> <p>HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ?</p> <p>Il y a-t-il une évaluation Norton, Braden, Chutes, escarres, déglutition, douleur L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ?</p>	<p>Oui. L'avis du médoco est pris en compte pour les admissions. L'évaluation par des échelles est réalisée (Tinetti et Norton) mais pas toujours toutes les échelles. De plus, il n'y a pas toujours de réévaluation de l'état des résidents par les échelles gériatriques. Les évaluations sont inscrites dans Titan.</p>	E17	<p>D312-158 2° CASF (missions du MedCo)</p> <p>D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)</p>
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Y a-t-il un référent « PAI » par résident ?</p> <p>Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ?</p> <p>Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ?</p> <p>Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?</p>	<p>La personne référente pour les PAI est la psychologue qui a remis à jour (depuis [REDACTED] intégralité des PAI des patients. Un retard conséquent dans les PAI existait depuis quelques années. La psychologue et la psychomotricienne sont responsables des PAI.</p> <p>Ils sont rédigés dans les 2 à 3 mois de l'admission. L'objectif désormais est de les remettre à jour tous les ans.</p> <p>Il est prévu que les personnes accueillies et les familles participent à l'élaboration de ces PAI.</p> <p>Le turn over très important rend le suivi du PAI très complexe.</p>		<p>L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012</p>
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <p>- S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance</p>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?	Les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre les différents professionnels sont réalisées au sein du codir. Ces réunions ont lieu toutes les semaines.		
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?	Oui il existe des temps de transmission entre IDE et AS et AMP tous les jours mais il n'existe pas d'études de cas.	E18	D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	La mission a constaté qu'il existe ■ médecins traitants dont le MédcO et qui travaillent avec le logiciel titan. Le médcO est en ■■■■■■		D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)
3.1.4.6	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est la régularité et la complétude des dossiers <u>médicaux</u> , à partir d'un échantillon de dossiers ? <u>(uniquement si médecin ou pharmacien dans la mission)</u>	La mission a constaté une bonne complétude et bonne régularité des dossiers renseignés dans titan et ce dans l'échantillon des dossiers consultés. Les informations importantes sont inscrites au fil de l'eau dans titan.		L311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4321-91 CSP (code déonto kiné, traçabilité des séances) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) <p>Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?</p>	<p>Oui il existe des transmissions interéquipes et le pilote en est l'IDE.</p> <p>Il existe un chevauchement entre les équipes de jour et de nuit pour permettre les transmissions.</p> <p>Elles sont renseignées dans titan.</p>		<p>L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p>R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique)</p> <p>R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</p>

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	L'accueil des familles est possible à toute heure. Chaque famille dispose du code d'entrée. Toutefois les familles ne disposent pas du code d'entre de nuit car il est différent, celui-ci basculant à 20h30. L'établissement peut mettre à disposition des familles des logements vides, des fauteuils confort et permet également la restauration en chambre ou avec les habitants.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est bien affichée dans les locaux. Le livret d'accueil est quant à lui remis lors de l'entrée du résident au sein de l'établissement avec la charte.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	SO		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Oui les personnes de confiance sont désignées par les résidents.		L311-4, 6°alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes ; Maltraitance			R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	<p>Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ?</p> <p>En cas de pratique de contention, son caractère est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ? 	<p>Oui les contentions sont comptabilisées dans le RAMA 2022..</p> <p>Les contentions sont prescrites tous le 6 mois et ne sont pas réévaluées quotidiennement.</p> <p>Des réunions pluridisciplinaires peuvent être organisées selon le temps mais nous n'avons pas d'informations concernant la fréquence de ces réunions hormis les transmissions d'équipe quotidiennes.</p>	E19	<p>L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident)</p> <p>R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir)</p> <p>R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesure de protection face à comportement dangereux de résident)</p> <p>R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir)</p> <p>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé -Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000</p> <p>Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »</p>
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	<p>Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet...</p>	<p>Il existe des photos dans les piluliers et un plan de table dans la salle de restauration.</p>		
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique : Maltraitance</p>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	SO		L 472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer(UVP)	Il existe une animatrice qui a pour mission de coordonner les animations. En son absence la gouvernante et les AS/ASH prennent le relais. Il y a absence dans les pièces fournies d'un projet d'animation formalisé. Un programme d'animation spécifique est fait par les ASG du PASA. Il n'y a pas d'UVP au sein de l'ehpad inspecté.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité+consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement fait état de l'animation et de la vie sociale dans le paragraphe projet de vie.		Qualité de vie en Ehpads (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpads ANESM 2011

Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	L'établissement met à la disposition du résident un logement privatif équipé d'une salle d'eau avec douche et WC. Il est aménagé de l'équipement mobilier suivant et peut varier selon les chambres : - 1 lit médicalisé - 1 table de chevet - 1 fauteuil - 1 chaise - 1 meuble-bureau - 1 armoire. Il est possible d'aménager la chambre avec ses propres meubles. La famille peut être accueillie en chambre par les résidents.		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Il n'existe pas d'enquête de satisfaction sur la restauration à proprement parlé. Toutefois on retrouve cet item au sein de l'enquête de satisfaction des patients. Aussi, il est indiqué « Les repas : Les quantités sont toujours ou souvent suffisantes pour le petit déjeuner (pour ■■■ des résidents) et pour le déjeuner ■■■ ■■■ sont satisfaits voire très satisfaits du service du petit déjeuner ». Il existe une commission restauration qui fait état des axes de progrès en fonction des différents points		Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			abordés. Nous avons un compte-rendu de mars 2023 pour cette commission.		
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?	Oui il existe un recensement et un suivi des régimes et textures et des compléments alimentaires. C'est le médecin traitant qui prescrit ces différents éléments.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Horaires des repas : - Petit déjeuner en chambre de 8h à 9 h - Déjeuner 12h15 à 13h30 à la salle à manger (pas d'obligation mais stimulation des résidents pour qu'ils viennent déjeuner en salle à manger. Mise à jour du tableau entre 10h et 11h pour ceux qui reste en chambre) - Gouter 15h30 à 16h - Diner 18h30 à 19h30 Possibilité d'une collation la nuit avec un chariot à disposition des résidents. Le temps de jeûne est trop long car il est supérieur à 12h.	E20	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?	Une pesée a lieu tous les mois au minimum et parfois tous les 15 jours en période d'été pour les résidents fragiles.		D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...) ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ?</p> <p>Les professionnels ont-ils une vision des rations alimentaires consommées ?</p> <p>Les professionnels sont-ils moteur de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?</p>	<p>La mission d'inspection n'a pas mis en évidence de procédure écrite d'aide au repas.</p> <p>Les résidents nécessitant en salle à manger d'une aide au repas sont regroupés dans une partie de la salle à manger. Nous avons constaté lors du repas que pour les autres résidents, s'ils ne mangent pas, il n'y a aucune stimulation faite par le personnel.</p>	E20	<p>L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007</p>
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <p>- S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance</p>			
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Quelle est la fréquence des toilettes en égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?</p>	<p>Les toilettes ont lieu tous les jours.</p>		<p>L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)</p>

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.1.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.1.1	Soins	Quelles sont les professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure : accompagnant éducatif et social/aide médico- psychologique/AVS, aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?	Il existe : accompagnant éducatif et social aide médico- psychologique AVS, ASG, aide-soignants, infirmiers, kinésithérapeute, médecins, pharmacien, psychologue, psychomotricien.		L312-1 II 4°alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
3.8.1.4	Soins	Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ? Un(e) infirm(er)ère d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ? Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?	Oui, il existe des contrats CDI pour IDEC et Médoco et une convention avec une pharmacie.		D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)
3.8.2.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que l'organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et permet de mener à bien le projet de soins de la structure : évaluation des besoins, surveillance de l'état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments, rangement et archivage des dossiers des patients <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.2.1	Soins	Quels sont les différents supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste,) entre les différents professionnels en charge des personnes accueillies ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ?	Les transmissions se font dans le logiciel Titan. Néanmoins les kinésithérapeutes ne remplissent pas les transmissions à chaque passage. Il existe un classeur pour les remplaçants et intérimaires.	E21	"L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Les professionnels ont-ils connaissance des protocoles et procédures de soins, d'appel d'un médecin ou du 15, de signalements, de prescription de contention ?	Il existe des codes pour titan pour les CDD et intérimaires. La mission n'a pas pu mettre en évidence la connaissance des différents protocoles par les professionnels.		L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)"
3.8.2.2	Soins	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ?	Oui les traçabilités des soins par les IDE se font en temps réel sur des tablettes numériques dans le logiciel titan.		D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) R1112-2 CSP (contenu dossier médical) R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS
3.8.2.3	Soins	Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts ?	Oui.		
3.8.2.4	Soins	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	Il existe une procédure écrite du médicament.		R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) L311-3 1° CASF (sécurité du résident) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)
3.8.2.5	Soins	La dispensation comprend-elle l'utilisation de l'original de la prescription, les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ? Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?	Oui. L'original de la prescription est utilisée par les IDE et les soins dont prise en charge kinésithérapeutique sont prescrits.		R5132-3 du CSP (modalités de prescription) L4332-1 CSP (acte psychomot sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.6	Soins	<p>Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ?</p> <p>Quel est le pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé ?</p> <p>Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription (LAP) ? Les personnels habilités sont-ils formés à son utilisation et l'utilisent-ils ?</p> <p>Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante. 	<p>■ médecins traitants prescrivent dans le dossier informatisé pour tous les résidents et les prescriptions sont conformes à la législation.</p>		<p>R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2^e alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien)</p> <p>Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011</p> <p>Guide des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).</p>
3.8.2.7	Soins	<p>Existe-t-il une liste préférentielle de médicaments (LPM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quelles sont les modalités d'élaboration (MedCo en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien dispensateur et/ou référent) ? - Est-elle adaptée aux personnes âgées et est-elle établie par classes thérapeutiques ? 	Non il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments.	E22	L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS)
3.8.2.8	Soins	<p>Les IDE sont-elles conduites à saisir elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin. Quelles sont les pratiques de retranscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ? 	Oui Il arrive que les prescriptions soient faites oralement et soient retranscrites ultérieurement.	E23	R 4311-7 CSP
3.8.2.9	Soins	<p>Quels sont les moyens de transmissions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des ordonnance de l'EHPAD à l'officine - des conseils thérapeutiques de l'officine, - des observations entre EHPAD et officine 	Les ordonnances des résidents sont transmises par mail à l'officine.		<p>R. 5132-13 CSP (données apposées sur ordonnance par officine) R4235-48 CSP (mission du pharmacien) L5126-6-1 CSP R5132-22 CSP (pharmacie délivre médicament avec présentation ordonnance) Bonnes pratiques - ordre des pharmacies - dispensation des médicaments (juillet 2021)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.13	Soins	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	Il existe des photographies du résident sur les piluliers.		R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B
3.8.2.14	Soins	La préparation des médicaments est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Oui.		Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	Soins	Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ? La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? Quelle est la fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ? Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ? Quel est le personnel impliqué ? personnel de la PUI ou l'IDE de l'ESSMS, personnel de l'officine (préparateurs en pharmacie sous la présence effective du pharmacien) dans les locaux de l'ESSMS, personnel de l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine ?	Les conditions de la préparation des médicaments sont réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche. La préparation des médicaments est conforme. Les blisters qui sont préparés à la pharmacie par automate le sont toutes les semaines. Ils sont livrés les mercredi ou jeudi à l'ehpad. Les médicaments hors pilulier sont ajoutés par les IDE de l'ehpad. Il y a une double vérification en pharmacie et en ehpad pour les escargots.		R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI) Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.17	Soins	L'administration des médicaments est-elle réalisée au vu de la dernière prescription ? Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	Oui.		L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament) R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins) R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.18	Soins	Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Pour les spécialités sous forme multi doses la date d'ouverture et le nom du résident sont-ils consignés ?	Oui. La traçabilité est réalisée par les IDE en temps réel. Les IDE font le tour des résidents dans la matinée ensemble. Le midi : l'infirmière distribue en salle à manger les médicaments mais ne vérifie pas la bonne prise. En chambre les médicaments sont distribués par les AS.	E11	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)
3.8.2.20	Soins	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?	Il existe une liste de médicaments à ne pas broyer (omedit).		Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017 Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11 Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique
3.8.2.22	Soins	Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ?	Un paragraphe du protocole du circuit du médicament (janvier 2022) est dédié à la délégation de tâches pour la distribution des médicaments quand ils sont considérés comme des actes de la vie quotidienne et qu'ils ne nécessitent pas de formation particulière. Néanmoins lors des entretiens, il est noté un manque de sensibilisation à cette problématique au sein des équipes de l'ehpad.	E11	R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) R 4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable) L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
3.8.2.23	Soins	Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ?	Oui.		Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique)
3.8.2.24	Soins	Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur ?	Oui, il existe une procédure de dépistage et d'évaluation et du suivi de la douleur physique.		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.25	Soins	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ?	Oui, il existe une procédure sur l'accompagnement en fin de vie et une démarche palliative.		L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017
3.8.2.26	Soins	Existe-t-il des protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'ESSMS ? et les conduites à tenir dans diverses situations : diabète, épilepsie, chutes...	Oui de nombreux protocoles sont mis en place par le siège LBA (Conduite à tenir en cas de chutes, d'accident d'exposition au sang, d'une erreur médicamenteuse, hyperthermie...).		
3.8.3.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.3.1	Soins	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisé) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	Les postes de soins sont au RDC. L'hygiène est respectée mais par contre il n'y a pas de suivi formalisé depuis 2 ans concernant le nettoyage du chariot soin.	R3	RBP 2017 CPIAS nouvelle aquitain Entretien des locaux dans les ESSMS
3.8.3.2	Soins				
3.8.3.3	Soins	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ? Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?	Un système de sécurisation par digicode est mis en place.		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
3.8.3.4	Soins	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Oui y compris pour les médicaments thermosensibles. Ces derniers sont stockés dans un réfrigérateur dédié avec un contrôle réglementaire de la température.		L.311-3 CASF L5126-6 (PUI) R5126-108 (PUI-méd délivrés en urgence) R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13° CASF (MedCo-prescription pour

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détention et stockage « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament)
3.8.3.7	Soins				D. 312-155-0, 3° du CASF (projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies)
3.8.3.8	Soins	Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il : - scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracteurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils : - stockés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié	Concerant le chariot d'urgence : il est composé de différents éléments dont plusieurs sacs. Personne ne sait ce qu'ils contiennent comme médicaments et dispositifs médicaux ni s'ils sont vérifiés et à quelle périodicité et par quels professionnels. Extracteur en O2 (9l) en place mais pas d'obus à O2.	E24	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)
3.8.3.9	Soins	Le DAE est-il : - installé dans un emplacement visible du public - installé dans un endroit en permanence facile d'accès - accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires - en état de fonctionnement ?	Oui. L'installation du DAE est conforme.		décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 loi du n°2018-527 du 28 juin 2018 Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)
3.8.4.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Éthique			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.4.1	Soins	<p>Qui contribue à l'élaboration du projet de soins individualisé ?</p> <p>À son suivi ?</p> <p>À quelle fréquence ?</p> <p>Sur quoi porte-t-il ?</p>	<p>Ce sont les psychologue et psychomotricienne.</p> <p>Sur les thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • histoire de vie • situation • alimentation • vie socioculturelle • fragilités • élimination • cohérence • sommeil <p>Sont pris en compte les avis de l'équipe, des résidents et des familles.</p>		<p>L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>D311 du CASF (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne)</p> <p>D312-158, 6° du CASF (évaluation gériatrique à l'entrée du résident)</p> <p>HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011</p>
3.8.4.3	Soins	<p>Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ?</p> <p>Où sont-ils stockés ?</p> <p>Tous les soignants y ont accès 24h/24 ?</p>	<p>Oui ils sont mis à jour au sein du logiciel titan au fil des informations remplies par les professionnels.</p>		<p>L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"</p>

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <p>- S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire</p> <p>Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes</p>			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	<p>Groupements hospitaliers de territoire (GHT)</p> <p>La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ?</p> <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour ?</p>	Des conventions existent avec le GHSIF, la filière Gériatrique, les équipes mobiles de gériatrie externe, IMH, HAD, astreinte IDE nuit, APMAD, RT2S.		L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Oui des kinésithérapeutes libéraux interviennent dans l'ehpad.		R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	<p>L'établissement a-t-il des conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de géronto-psychiatrie * un SSIAD * une HAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres <p>Quelles sont les modalités d'interventions et sont-elles effectives?</p> <p>L'établissement est-il partie prenante dans un réseau gériatrique ?</p>	SO		<p>L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</p> <p>L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS)</p> <p>R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier)</p> <p>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 rel à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS</p>
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	Il existe une convention avec officine de pharmacie depuis 2015.		L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Ecarts
E1	Le taux d'occupation est relativement faible ■■■ 80 résidents soit ■■■ % à la date de l'inspection inopinée.
E2	Le règlement de fonctionnement ne contient pas toutes les dispositions obligatoires mentionnées dans le CASF
E3	Le projet d'établissement mentionne la présence des ASG du PASA le dimanche pour mener des activités d'animation, or les soignantes affectées au PASA y sont uniquement dédiées selon la directrice.
E4	Le plan bleu de l'ehpad ne mentionne pas les coordonnées des institutions et partenaires à prévenir en cas de déclenchement. Le tableau de fournitures supplémentaires à prévoir n'est pas rempli (quantité et lieu de stockage).
E5	L'organigramme figure au sein du contrat d'établissement mais il n'est pas à jour.
E6	Il existe un médcô dont le temps de travail est insuffisant au regard du nombre de places en hébergement permanent.
E7	Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements au sein de l'ehpad.
E8	L'évaluation externe n'a pas été transmise aux autorités à notre connaissance.
E9	La mission n'a pas pu mettre en évidence l'acculturation des professionnels aux déclarations d'EI ni de suivi détaillé des EI.
E10	Le personnel soignant (IDE AS) en CDI n'est pas suffisant au sein de l'ehpad.
E11	A la connaissance de la mission d'inspection, il n'existe pas de protocole spécifique et détaillé formalisant la délégation de tâches des IDE vers AS et AES pour les actes de la vie quotidienne
E12	Le RAMA 2022 ne comprend pas d'analyse des hospitalisations, ni des EI, ni de la morbidimortalité.
E13	La propreté des vestiaires/ douches est à revoir, ainsi que celle des placards fermés à clés dans les recoins des couloirs.
E14	Le système de climatisation n'est pas fonctionnel dans tout l'ehpad.
E15	Il n'y a pas de rails installées dans l'ehpad.
E16	Le délai de réponse aux appels est excessivement long et le système anti-fugue est parfois pris en défaut car le téléphone des soignants est coupé.
E17	L'évaluation clinique des résidents ne comprend pas toutes les échelles gériatriques recommandées.
E18	Il n'existe pas d'études cas à la connaissance de la mission d'inspection.
E19	Les contentions sont prescrites tous le 6 mois et ne sont pas réévaluées quotidiennement.
E20	Le temps de jeune est trop long car il est supérieur à 12h et la stimulation des résidents au repas pour ceux qui en ont besoin n'est pas optimale.
E21	Certains professionnels comme les kinésithérapeutes ne remplissent pas les transmissions à chaque passage.
E22	Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments.
E23	Il arrive que des prescriptions soient faites oralement.
E24	Le chariot d'urgence est incomplet en médicaments et dispositifs médicaux, non vérifié et non scellé.

Remarques

Numéro	Remarques
R1	La fiche de poste idec n'a pas été communiquée à l'idec.
R2	Le plan de formation n'a pas été fourni à la mission.
R3	Il n'y a pas de suivi formalisé concernant le nettoyage du chariot soins bien que celui-ci soit propre.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Lucie et Edgar FAURE, géré par l'OG LBA , a été réalisée de façon inopinée le 24 août 2023 et le rapport a été complété à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

Il est constaté un manque général de formalisation des procédures et un manque de sensibilisation du personnel.

La mission d'inspection a relevé des dysfonctionnements majeurs / importants dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivant :

GOUVERNANCE

- Management et Stratégie
- Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
- Gestion des ressources humaines

FONCTIONS SUPPORT

- Bâtiments, espace extérieurs et équipement
- Sécurités

PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne – Hébergement

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

Saint Denis, le 20/12/2023

L'inspectrice désignée,
coordonnatrice de la mission d'inspection



Glossaire

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

Liste des pièces à fournir

GOVERNANCE	
Conformité aux conditions d'autorisation	
1	Les arrêtés d'autorisation de chaque activité de l'établissement (hébergement permanent et, le cas échéant, accueil temporaire, PASA, UHR, UPHV)
2	Les derniers arrêtés de tarification du forfait global de soins et du forfait global dépendance
3	Les derniers arrêtés de tarification du forfait global de soins, du forfait global dépendance et la dernière décision tarifaire
4	Le dernier procès-verbal validé de la coupe AGGIR-PATHOS
5	Le dernier CPOM ou convention tripartite
6	Le tableau de suivi mensuel, N-1 et N, des taux d'occupation de chaque activité (hébergement permanent et, le cas échéant, accueil temporaire, PASA, UHR, UPHV)
7	Le cas échéant, le projet spécifique du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)
8	Le cas échéant, le dernier programme d'activités du PASA
9	Le cas échéant, la convention de coopération PASA
10	Le cas échéant, le dernier programme d'activités de l'unité d'hébergement renforcée (UHR)
11	Le cas échéant, le tableau du personnel des unités PASA et UHR (document à remplir par l'établissement)
12	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neurodégénératives et assimilées du personnel
13	Le rapport annuel d'activité médicale N-1 (RAMA)
GOVERNANCE	
Management et stratégie	
14	Le règlement de fonctionnement
15	Le projet d'établissement
16	Le plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
17	Le tableau des résidents par chambres par étage et leur GMP et PMP (document à remplir par l'établissement)
18	Le compte rendu du dernier CSE (ou CTE et CHSCT)
19	Le rapport d'activité annuel de l'EHPAD N-2 et N-1 et, le cas échéant, N
20	L'organigramme et la photographie de son affichage au sein de l'établissement.
21	Le diplôme(s) du directeur de l'EHPAD
22	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du directeur de l'EHPAD
23	Les 3 dernières fiches de paie du directeur de l'EHPAD
24	Le document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
25	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du directeur de l'EHPAD
26	Le(s) diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation de l'IDEC/CDS
27	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) de l'IDEC/CDS
28	Les 3 dernières fiches de paie de l'IDEC/CDS
29	La fiche de poste ou feuille de route signée de l'IDEC/CDS
30	Les diplôme(s) et/ou attestation(s) de formation du MEDCO
31	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du MEDCO
32	Les 3 dernières fiches de paie du MEDCO
33	La « fiche détaillées des données RPPS » du MEDCO
34	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction du mois de juillet, août et septembre N-1
35	La procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)
GOVERNANCE	
Animation et fonctionnement des instances	
36	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)
37	La liste des membres du CVS comportant leur nom, leur collège et leur qualité (exemple : Madame [NOM-PRENOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)
38	Les comptes-rendus N-2, N-1 et, le cas échéant, N du CVS
FONCTIONS SUPPORT	
Gestion des ressources humaines	
39	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir
40	Le personnel médical, paramédical et soignant en CDI (document à remplir par l'établissement)
41	Le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois (au format tableur : EXCEL ou Libre office CALC)
42	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI (hors personnel cadre)

43	Tous les diplômes du personnel soignant de nuit en CDI (AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	
44	Tous les diplômes des IDE en CDI (hors IDEC/CDS) + inscription à l'ordre	
45	Le cas échéant, tous les diplômes du personnel paramédical en CDI (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...)	
46	Le cas échéant, hors MEDCO, tous les diplômes du personnel médical en CDI (médecin prescripteur, pharmacien...)	
47	L'extrait du plan de formation N-2, N-1 et N	
48	La liste des agents en cours de formation qualifiante et leur attestation d'inscription à la formation qualifiante	
49	Le plan de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	
50	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant	
51	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel soignant (AS/AES/AMP/AUX et IDE/IDEC) + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés (qualification, affectation...)	
52	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	
53	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des ASH	
54	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée du personnel soignant (IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	
55	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences	
PRISE EN CHARGE		
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		
56	La procédure complète d'admission des résidents (avant, pendant et après)	
57	Le registre des résidents des 6 derniers mois	
58	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement	
59	Le livret d'accueil	
60	La photographie de l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie	
62	Le(s) compte(s) rendu(s) N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique	
63	La/les feuille(s) d'émargement N-2 et N-1, le cas échéant N, de la commission de coordination gériatrique	
64	La liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux (document à remplir par l'établissement)	
65	Les contrats types signés par les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement (médecin(s) traitant(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), orthophoniste(s), pédicure-podologue(s)...)	
GOVERNANCE		
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables		
66	Registre des plaintes et réclamations (exemple : cahier de doléance...)	
67	CR de la dernière enquête de satisfaction	
68	Procédure de gestion des événements indésirables (y compris, le cas échéant, EI graves, EI associés aux soins et la procédure de signalement)	
69	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	
70	Liste des signalements à l'ARS et/ou CD	
71	Copie d'un signalement au procureur le cas échéant	
PRISE EN CHARGE		
Respect des droits des personnes		
72	Procédure relative aux contentions et liste anonymisée des résidents sous contention	
73	Extraction de la synthèse des protections juridiques sur le logiciel soins ou autre	
PRISE EN CHARGE		
Vie quotidienne, hébergement		
74	Les 2 derniers comptes rendus de la commission des repas	
75	Protocole de délégation de tâches de l'IDE	
76	Liste anonymisée des régimes et des textures	
77	Procédure/protocole de suivi nutritionnel des résidents sur un an	
78	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2023) ;	
79	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	
80	Convention avec la pharmacie	
81	DLU anonymisé	
82	Plan de soins du jour J	
83	Exemple de dossier de soins informatisé	
84	Le cas échéant, liste préférentielle des médicaments	
85	Protocole prise en charge douleur, prévention des chutes, contention, DASRI	
86	Contrat avec société d'élimination des déchets de soins	
87	Listes de résidents et personnels vaccinés grippe/COVID depuis septembre 2022	
88	Protocole de prise en charge médicament et circuit du médicament	

Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'offre de soins et de l'autonomie

Direction de l'autonomie

Responsable de l'autonomie : [REDACTED]

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriel : aurore.sanson@ars.sante.fr

Téléphone : 01 78 48 23 00

[REDACTED] médecin inspectrice de
santé publique, délégation départementale de
l'ARS de Seine-et-Marne

[REDACTED] désignée personne
qualifiée, délégation départementale de l'ARS de
Seine-et-Marne

[REDACTED] désignée personne
qualifiée, délégation départementale de l'ARS de
Seine-et-Marne

[REDACTED] désignée personne
qualifiée, délégation départementale de l'ARS de
Seine-et-Marne

Lieusaint, le 24 aout 2023

Mesdames,

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

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

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectif de réaliser, pour chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

L'EHPAD Lucie et Edgar FAURE situé à Boissise-la-Bertrand (N°FINESS ET 770004109) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, portant sur les thématiques suivantes :

- La gouvernance ;
- Les fonctions support ;
- La prise en charge ;
- Les relations avec l'extérieur.

La mission débutera à compter du 24 août 2023 à 8 heures et sera assurée par :

- [REDACTED] coordonnatrice de la mission, médecin inspectrice de santé publique, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne.

Les inspections seront réalisées selon les modalités suivantes :

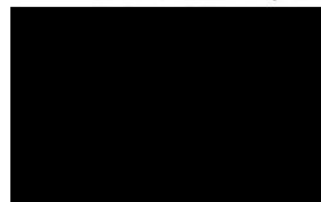
- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que les membres de la mission jugeront utiles de rencontrer.

À l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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 me sera transmise dans les meilleurs délais.

P/la Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France
et par délégation
La directrice départementale de



Hélène MARIE

¹ 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 quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. »

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 ».

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

Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'offre de soins et de l'autonomie

Direction de l'autonomie

Responsable de l'autonomie : [REDACTED]

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriel : aurora.sanson@ars.sante.fr

Téléphone : 01 78 48 23 00

Monsieur le Directeur Général
Association les Bruyères
1 rue de la Varenne
77000 Melun

Lieusaint, le 24 août 2023

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), j'ai décidé de diligenter une inspection inopinée de votre EHPAD Lucie et Edgar FAURE, situé à Boissise-la-Bertrand (n° FINESS 770004109).

Cette inspection a notamment pour objectifs de contrôler :

- La gouvernance,
- Les fonctions support,
- La prise en charge,
- Les relations avec l'extérieur.

La mission est composée de :

- [REDACTED] coordonnatrice de la mission, médecin inspectrice de santé publique, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne.

L'inspection débute à compter de ce jour et les inspecteurs peuvent demander la communication de tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission, selon les dispositions des articles L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF².

Ils mènent également les entretiens avec les personnes que la mission juge utile de rencontrer.

A la suite de la visite sur site un courrier de propositions de décisions administratives vous sera adressé, auquel le rapport établissant les constats faits par la mission sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire, en application des dispositions de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration³, pour vous permettre de me faire part de vos éventuels commentaires et observations sur les décisions envisagées. Je vous notifierai mes décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats de l'inspection conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L.313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées vous sera signifiée dans les meilleurs délais.


Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

P/la Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France
et par délégation

 de

Helene MARIE

Copie :


directrice
EHPAD Lucie et Edgar FAURE
1058 rue de Seine
77350 Boissise-la-Bertrand

¹ **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 quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. 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 ».

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

³ **Article L. 121-1 du CRPA** : « Exception faite des cas où il est statué sur une demande, les décisions individuelles qui doivent être motivées en application de l'article L. 211-2, ainsi que les décisions qui, bien que non mentionnées à cet article, sont prises en considération de la personne, sont soumises au respect d'une procédure contradictoire préalable. »