

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
EHPAD SAINT-JOSEPH
41, avenue de Fontainebleau
77760 La Chapelle-la-Reine
N° FINESS géographique: 770802692**

RAPPORT D'INSPECTION ET DE CONTRÔLE
Contrôle sur place le 08 décembre 2023
N° 2023_IDF_00157

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] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désignée personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- [REDACTED] désigné personne qualifiée¹, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne
- [REDACTED] chargée d'études ESMS, Conseil départemental de Seine-et-Marne
- [REDACTED] chargée d'accompagnement et de suivi des ESMS, Conseil départemental 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/contrôle fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

Il appartient au commanditaire de l'inspection/contrôle 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/contrôle	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats.....	8
Gouvernance	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	19
Gestion de la qualité	21
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	24
Fonctions support.....	26
Gestion des ressources humaines	26
Gestion d'information	34
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	37
Sécurités	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	62
Coordination avec les autres secteurs.....	62
Récapitulatif des écarts et des remarques	64
Écarts	64
Remarques.....	67
Conclusion	70
Glossaire	71

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/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/contrôle a été réalisée le 8 décembre 2023 en mode inopiné.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces et sur place (observations 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
- Sécurité

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/contrôle

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 Saint-Joseph, situé à Chapelle La Reine, au 41 avenue de Fontainebleau, n°FINESS ET 770802692, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

L'inspection/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/contrôle a été réalisé par l'ARS de Seine-et-Marne le 8 décembre 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
- Sécurité

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 figurent 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 41 avenue de Fontainebleau à 77760 La-Chapelle-la-Reine, l'EHPAD Saint-Joseph est géré par l'association « ESSAIM DU GATINAIS » en Seine-et-Marne. C'est un EHPAD privé à but non lucratif.

L'arrêté d'autorisation de l'EHPAD Saint-Joseph date du 03 janvier 2017, que ce soit pour le HP, l'AT et le PASA. Il n'y a pas d'UHV ni de UHR.

Sa capacité est de 69 places d'hébergement permanent et 2 places d'accueil temporaire. Il existe 14 places de PASA. L'EHPAD est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité.

L'EHPAD est constitué de quatre niveaux, répartis comme suit :

- Le sous-sol : vestiaires personnel, atelier du technicien de maintenance, salle du kinésithérapeute, chapelle et réserves diverses ;
- Le rez-de-chaussée : halls d'entrée, bureaux administratifs (accueil et direction), buanderie/lingerie, infirmerie, salle de restauration/cuisine, locaux du PASA, salle d'activités « jardin d'hiver » et 3 secteurs d'hébergement, ainsi qu'un studio (excentré et indépendant des locaux de l'EHPAD, sous les locaux du SIAMPADH) ;
- Le 1^{er} étage : Salle de réunion, bureaux administratifs et 4 secteurs d'hébergement ;
- Le 2^{ème} étage : local personnel et 2 secteurs d'hébergement ;

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis
[REDACTED]		

En 2022, le taux de vétusté des équipements est de [REDACTED] % et celui des bâtiments est de [REDACTED] %.

Le GMP validé s'élève à 798 en 2012 et le PMP à 206 en 2011¹.

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%

Le budget de fonctionnement hébergement 2023 est de [REDACTED] €, compte-tenu d'un montant de dépenses refusées à l'ERRD N-2, à hauteur de [REDACTED] €.

Les ressources soins sont de [REDACTED] € au 1^{er} janvier 2023. dont [REDACTED] € de crédits non reconductibles au titre du soin.

Le forfait global dépendance (FGD) est fixé à [REDACTED] €

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

Les signalements d'événements indésirables par l'EHPAD à l'ARS et au CD sont les suivants :

EI/EIAS/EIG/3977	ARS			CD		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Maltraitance	[REDACTED]					
Plaintes multiples	[REDACTED]					
Réclamations	[REDACTED]					

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Saint-Joseph		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association ESSAIM DU GATINAIS		
Numéro FINESS géographique	770802692		
Numéro FINESS juridique	770809036		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Partiel		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	69	69
	HT	2	2
	PASA	14	14
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	69HP + 2HT		

	Année 2012	Année 2011	Année X
PMP Validé			X
GMP Validé			X

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

Le rapport est établi au regard 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	Principaux objectifs du contrôle : - 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 À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	L'EHPAD est une structure privée à but non lucratif. Elle est gérée par l'association Essaim du Gâtinais depuis sa création en 1962. Le président de l'association est [REDACTED]		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?	L'EHPAD, dispose de [REDACTED] Il est conforme aux différents arrêtés d'autorisation et d'extension : - 69 places d'hébergement permanent - 2 places d'hébergement temporaire. L'établissement a fourni à l'équipe d'inspection/contrôle, une liste des résidents. Cette dernière fait état de 62 résidents répartis comme suit : [REDACTED] [REDACTED] Il n'est pas précisé s'il y a des hébergements temporaires. Le taux d'occupation le jour de l'inspection est de [REDACTED] % Il est constaté un écart au RDC entre le nombre de chambres précisé sur plan et sur le dernier rapport de visite du SDIS en date du 28/04/2021 : - sur plan : 18 chambres + 1 studio - rapport du SDIS : 17 chambres + 1 studio.	R1	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?	SO		L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique – Sécurité des personnes			
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	Le PASA est autorisé depuis aout 2012 pour 14 places. Le PASA n'est pas ouvert à un public extérieur. La mission constate que le PASA se situe au rez-de-chaussée de l'établissement et se compose de 5 salles d'activités, une terrasse et un jardin. La mission sollicite la communication du projet de service spécifique du PASA.	E1	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)
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 ?	Dans la liste transmise, [REDACTED] personnes sont enregistrées. La répartition GIR est la suivante : GIR 1 [REDACTED] GIR 2 [REDACTED] GIR 3 [REDACTED] GIR 4 [REDACTED] GIR 5 [REDACTED] GIR 6 [REDACTED] [REDACTED] résidents bénéficient de l'aide sociale, trois sont en attente de notification. Les résidents sont âgés de [REDACTED] Au jour de l'inspection/contrôle, [REDACTED] résidents ne sont pas catégorisés.	E2	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 ?	Un règlement de fonctionnement fourni par l'établissement mais : - non signé par le résident, était absent des dossiers sondés par la mission; - non affiché dans l'établissement. Le règlement de fonctionnement doit : - faire l'objet d'une mise à jour datée, tenir compte des derniers décrets applicables (composition du CVS – transparence...), mentionner les dispositions spécifiques aux bénéficiaires de l'aide sociale en faisant référence au RDAS (R : bonne pratique). - être soumis aux instances et au CVS. - La mission sollicite la communication du PV du CVS relatif à la communication du règlement de fonctionnement. Le règlement de fonctionnement signé par le résident était absent des dossiers sondés par la mission. Parmi les documents relatifs à la loi 2002-2 remis à la mission figure le règlement de fonctionnement qui n'est pas daté. Celui-ci doit faire l'objet de mise à jour datée et il n'a pas été possible de constater sa soumission au CVS. L'affichage du règlement de fonctionnement n'a pas été constaté par la mission.	E3	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Le règlement de fonctionnement doit être soumis au CVS. La mission sollicite la communication du PV du CVS, relatif à la communication du règlement de 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.	L'établissement a fourni à la mission les modèles de règlement de fonctionnement des résidents non daté ainsi que le contrat de séjour et le livret d'accueil (avec les tarifs journaliers 2023) Le règlement rappelle les contraintes qu'impose la vie en communauté et la reconnaissance des droits et des devoirs de chacun.	R2	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Un document dénommé projet d'établissement est transmis à l'équipe d'inspection/contrôle. Il est daté de septembre 2021 et pour la période de 2021-2026. Ce document est une présentation PPT du projet, au personnel, qui comporte notamment un diagnostic de l'établissement et un plan d'action. Il ne s'agit pas d'un projet d'établissement au sens strict. Il n'est pas stipulé qu'il a été validé par le CVS, ni signé par l'organisme gestionnaire.	E4	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)

N°ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le document présenté n'est pas un projet d'établissement (PE). Néanmoins, il comprend la présentation de l'établissement, les enjeux et missions, l'offre de service et l'organisation, ainsi que le projet social et logistique (QVT), et les perspectives d'évolution et de développement. La mise en place d'indicateurs et d'un plan d'action sont évoqués dans le document, cependant aucune évaluation chiffrée initiale, accompagnée d'objectifs chiffrés n'est présentée. Les thèmes tels que la personnalisation des PVI, le projet général de soins, la bienveillance et la prévention de la maltraitance ne sont pas déclinés dans le PE. Ce document présente trois axes de progression majeurs : diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sociaux et médico-sociaux, simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents et organiser la gestion de l'établissement et des services. Il n'est pas possible d'identifier dans quelle mesure les professionnels ont été associés à l'élaboration du PE. Le document soumis à la mission est une présentation au professionnel d'un projet co-construit avec l'équipe de direction élargie (pas de précisions sur la composition de cette équipe). Dans le cadre des entretiens il ressort que les professionnels ne connaissent pas le projet d'établissement (ou peu) Le PE fourni précise « présenté au personnel en 2021 ». Il n'est pas mentionné s'il a été validé par les instances.	E5	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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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	L'établissement n'a pas transmis, mais a fait état de l'existence du plan Bleu, lors des échanges avec la directrice. Le « plan bleu canicule 2023 » est daté de 25 juin 2023. Le document est un rappel des mesures à prendre en cas de vagues de chaleur. Il définit les actions à mettre en œuvre pour prévenir et limiter les effets sanitaires. Il s'agit d'un extrait du dit « plan bleu ».	E6	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du 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] Elle est employée depuis le [REDACTED] en CDI, sur le poste directrice. L'organigramme figure en annexe du livret d'accueil. Il positionne le personnel en fonction de leur corps de métier ou d'affectation, sans notion hiérarchique, sauf pour la direction. Il ne traduit les liens hiérarchiques que par rapport à la direction.	R3	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'éb 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 ?	Lors des entretiens, le personnel a parlé du manque de communication. Les comptes-rendus de réunion ne sont pas formalisés, au sein de l'EHPAD.	R4	
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,	Le climat social est tendu suite à des changements de direction. Aujourd'hui la nouvelle directrice, arrivée [REDACTED] a pour objectif de stabiliser l'équipe. Il y a deux mesures disciplinaires au sein du personnel : [REDACTED]	R 5	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		- suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Il reste toutefois une problématique reconnue de la direction : manque de personnels et recours à de nombreuses vacances : - L'établissement doit recruter un Médecin -Co, IDE, AS dont [REDACTED] - Le taux d'absentéisme est de [REDACTED] Le CSE existe au niveau associatif et se réunit tous les 2 mois avec en invitée la directrice. Le planning 2024 sollicité n'a pas été fourni		
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 ? Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	Selon la directrice, les sujets abordés sont multiples entre elle et le président de l'OG (mise à jour RH, juridique, qualité, financière). La directrice se dit soutenue par le président de l'association. Ils portent les mêmes valeurs. La mission constate que la directrice est relativement isolée dans la démarche qualité en particulier. Il existe des échanges mensuels non tracés. La directrice a pris ses fonctions à temps plein depuis le [REDACTED] La fiche de poste est complète et cohérente avec les délégations accordées.	R6	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie				L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	La directrice possède un Master droit, mention droit privé spécialité droit immobilier et de la construction, finalité professionnelle. Et un Master droit, mention droit privé spécialité droit processuel.		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (éts publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Les astreintes administratives sont formalisées selon un planning défini. Les participants sont : - Directrice - IDEC - IDE référente et IDE - La gouvernante (IDE) Soit entre une et deux semaine(s) par mois pour chacun. Elle a lieu du Vendredi au Vendredi, 24h/24. Le vendredi matin sont réalisées des transmissions par mail. Un WE par mois un membre de l'équipe de direction est présent sur site. Les plannings ne mentionnent pas la légende des horaires d'astreintes, ni le numéro d'astreinte Il n'existe pas de procédure écrite – ont été fournis uniquement les documents qui semblent être intégrés dans le cahier d'astreinte (documents numéros d'urgences, mode d'emploi d'un logiciel de gestion de remplacement, protocole décès). Si besoin, il y a toujours la possibilité d'appeler la directrice. Présence d'un sac d'astreinte, téléphone portable, classeur avec tous les éléments nécessaires.	R7	
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/contrôle inopinée, la mission a été accueillie par l'IDEC avant l'arrivée de la directrice.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations sont-elles formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ?	Une délégation de pouvoir est formalisée par écrit dans le document unique de délégation pour la directrice. Elle comprend : - Gestion des ressources humaines, - Gestion budgétaire, financière et comptable, - Suivi et évolution du projet d'établissement, - Mise en œuvre et suivi du PPI, - Gestion des travaux courant pour la maintenance et le bon entretien des bâtiments, - Communication et coordination avec les institutions et organismes de tutelles, - Représentation administrative et droit d'ester en justice.		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 ?	L'établissement n'a fourni aucun document permettant à la directrice de subdéléguer sa signature.	E7	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 ?	L'IDEC travaille dans l'EHPAD Saint Joseph en CDI à temps plein depuis [REDACTED] Elle a une formation de médecin [REDACTED] Elle a exercé comme faisant fonction [REDACTED] Elle a exercé comme [REDACTED] Elle est diplômée IDE [REDACTED] (Loiret). Elle a suivi une formation IDEC [REDACTED]		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 ? Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge?	Une fiche de poste est signée [REDACTED] par elle-même et par la directrice.		
1.2.2.14	Management et Stratégie	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 n'y a pas de MedCo au sein de l'EHPAD actuellement.	E8	D312-156 du CASF (ETP MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - 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'Etablissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social – Médiatique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/LMA	Les éléments issus de la loi de 2002 ne sont pas affichés ou la mission ne les a pas vus lors de la visite. Les éléments sur le quotidien au sein de l'établissement sont affichés ou à disposition des résidents et visiteurs, dans le hall d'accueil et toutes les salles communes.	R 8	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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui ont établi les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les compte-rendus ?	Depuis avril 2023, la directrice remet en place le CVS qui s'est réuni 1 fois depuis son arrivée. La dernière réunion a eu lieu en juin 2023. Le CR n'est pas encore rédigé à date de la mission. Le dernier CR rédigé est celui de la réunion en date du 13 décembre 2022. Ce CVS faisant suite à l'élection est du 30 novembre 2022. Sa composition est conforme à la réglementation (représentant des familles et des résidents en nombre supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil - 6/11). Le dernier CR remis à la mission est celui de la réunion en date du 13 décembre 2022. Ce CVS fait suite à l'élection du 30 novembre 2022. Le nombre de candidatures reçues était inférieur au nombre de postes à pourvoir. Le conseil s'est constitué sans obligation d'organiser des élections. La réglementation du CVS est conforme avec des membres mutualisés sur l'ensemble du département. Le règlement intérieur du CVS est conforme. Le CVS reprend ces réunions 3 fois par an, en présence d'un administrateur de l'OG. Chaque résident peut participer au CVS, même si un collège de représentants est élu. Selon le CR du CVS du 13/12/2022 transmis à l'équipe d'inspection/contrôle, la directrice rédige les CR et les diffuse. Mais	E9	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			avant sa prise de poste, c'était la secrétaire administrative qui rédigeait et signait le PV 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 ?	Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements. Dans les documents transmis à l'équipe d'inspection/contrôle, se trouve une procédure EIG, modifiée en 2023. Elle s'intitule « Charte de non punition ou d'incitation au signalement d'un événement indésirable », dont le but est d'améliorer la prise en charge et la sécurité des personnes. La procédure pour déclarer les EIG en interne et en externe figure dans ce document, avec le modèle de document d'enregistrement de l'événement indésirable.	E10	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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	La mission n'a pu démontrer l'existence de référents maltraitance au sein de la structure, ni de responsable qualité formé aux méthodes. La directrice est arrivée en avril 2023. La fonction de responsable qualité n'apparaît pas dans l'organigramme. Au cours des entretiens, il apparaît que les fonctions de référent QVCT ont existé, mais ne sont plus en place à ce jour. La directrice a pour projet de remettre en place cette fonction.	R9	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	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 ?	Il n'y a ni COPIL qualité, ni PACQ, seulement une commission restauration. La restauration est externalisée. La société VITALREST assure la prestation. L'établissement a transmis des CR. L'équipe d'inspection/contrôle peut en déduire qu'il y a deux commissions de restauration par an : juin et novembre. Un protocole existe pour le traitement du linge qui est une prestation en sous-traitance Lingerie plat Ellis.	R10	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
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			

N° ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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) ?	La dernière évaluation externe date de 2014 par ASTER-ICF. Le document remis à la mission, intitulé « Le plan d'amélioration continue de la qualité » consiste en une convention datée du 04 mars 2020 renouvelable par tacite reconduction. C'est une convention entre « l'entité de Médiation de la consommation AME Conso » et l'association ESSAIM du Gâtinais, qui s'applique aux litiges contractuels entre un consommateur et un professionnel. Elle porte sur l'exécution d'un contrat de vente ou de fourniture de services. Les litiges visés dans cette convention ne concernent pas : - Les litiges entre professionnels, - Les réclamations portées par le consommateur auprès du service clientèle du professionnel, - Les négociations directes entre le consommateur et le professionnel, - Les tentatives de conciliation ou de médiation ordonnées par un tribunal, - Les litiges concernant les SIG non économiques, - Les services de santé fournis par des professionnels aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé.	E11	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 : Sécurité des personnes – Managérial</u>			
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 ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels	Le document fourni et intitulé « 34 - Bilan des formations 2022 - 2023 et attestations des formations suivies et plan de formation 2024 » comprend des devis relatifs à la formation susnommée. Ces devis ne sont ni signés ni engagés et ne peuvent constituer un plan de formation. L'établissement a transmis un document intitulé « procédure de bientraitance et le plan d'action de promotion de la bientraitance » qui est en fait la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.	E12	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 « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ?	L'établissement a pour ambition de rester attaché au respect de la bienveillance et de la bientraitance. Les fiches de poste communiquées ne comprennent pas de mentions relatives à la promotion de la bientraitance, ou lutte contre la maltraitance. Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance ne sont pas affichés.		
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?	Les documents fournis et les entretiens (personnels, résidents et famille de résident) menés par la mission ne permettent pas de vérifier l'existence d'une procédure relative à ces situations, ni de son appropriation par ces derniers.	E13	Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? 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 ?	L'établissement a mis en place une procédure intitulée « charte de non punition ou d'incitation au signalement d'un événement indésirable », datée de septembre 2016, dans un souci d'améliorer la visibilité et la communication spontanée et sans délai de toute information sur des événements (EIG). Lors des entretiens, la mission a pu constater qu'il n'existait pas de tableau de suivi des événements indésirables.	E13	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Ar434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	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 – Médical			
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 événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EH PAD <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 ?	Lors de l'entretien avec la directrice, elle n'avait pas connaissance de cahier ou autre support de doléance pour les résidents ou les familles. Elle n'a pas non plus mentionné une quelconque mesure de recueil de la satisfaction des personnes	R11	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?	Une procédure de signalement externe et d'analyse des EIG est existante dans le document nommé « Charte de non punition ou d'incitation au signalement d'un événement indésirable ». Figurent bien dans la procédure les notions d'analyses et de retour d'expérience ainsi que des mesures correctives, mais la	R12	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'éti et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des

24/71

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	mission n'a reçu aucun élément permettant de vérifier cette démarche. Dans le cadre des entretiens, il ressort que les EI sont déclarés par les agents les constatant, à leurs supérieurs (IDEC, gouvernante notamment). Les EI qui touchent spécifiquement à la sécurité physique des résidents sont notés dans le logiciel TITAN. Les EI touchant à la sécurité des biens ne font pas l'objet d'une procédure de déclaration spécifique. Les agents interviewés ne connaissent pas la marche à suivre en cas de survenue d'un EI. Il existe une note affichée, datant de 2012, concernant le signalement des EI. La mission n'a pas pu mettre en évidence auprès de différents professionnels la connaissance de la procédure de déclaration des EIG.		dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et Retex des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	La mission n'a pas pu mettre en évidence auprès de différents professionnels, les analyses et retex des différents EI.	R13	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS. "Mission du resp d'étabt et rôle de l'encadr / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS, CD, Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Lors de l'entretien avec la directrice et dans la procédure sur l'EIG, la mission a constaté que la communication externe est bien mentionnée. La mission d'inspection n'a recueilli aucune information en relation avec la mise en œuvre de tels signalements par l'établissement.		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 ?	Il existe une procédure de déclaration des EIG dont les EI liés à la PECM dans les documents transmis à la mission. Selon les entretiens, il apparaît que l'acculturation des professionnels à la déclaration des EIG est faible.	R14	

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				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE < 4300 ; Charge en dépendance par AS/AES < 3200 Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque	L'établissement a transmis le registre unique du personnel et liste des professionnels intervenant dans l'établissement. La mission a étudié le RUP et les plannings des mois de novembre et décembre. Il apparaît que le RUP n'est pas à jour pour les CDD et CDI. A titre d'exemple : * [REDACTED] en CDD apparaissant sur le planning de novembre 2023 ne figurent pas sur le RUP ; * [REDACTED] en CDD apparaissant sur le planning de décembre 2023 ne figurent pas sur le RUP. Les ratios d'encadrement théorique en CDI correspondent à : 3,31 ETP d'IDE 17,21 ETP d'AS	E14	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		<i>Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque)</i> - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ?	Ils sont basés sur le PMP indexé à [REDACTED] et le GMP à [REDACTED] * le psychologue n'est pas mentionné au RUP. C'est un intervenant libéral extérieur exerçant par le biais d'une convention		
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	Personnels en postes en novembre (selon planning et RUP fournis) : IDE [REDACTED] AS [REDACTED] Equipe de nuit [REDACTED] PASA : [REDACTED] L'établissement a recours [REDACTED] et aux [REDACTED] avec des [REDACTED] Il est constaté des vacations de [REDACTED] jours. La proportion d'emplois en [REDACTED] est relativement faible.	E14	Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	SO		L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels ? - Fiche de poste contre signée par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ...	R15 La mission d'inspection n'a pas vérifié le dossier administratif des professionnels. Néanmoins, les fiches de poste heureuses ont été sollicitées et figurent parmi les pièces demandées. Il apparaît que toutes les fiches de poste ne sont pas signées. Aucune fiche de poste n'a été fournie pour l'AS de nuit. Une fiche heureuse a été fournie pour les ASH de jour et de nuit.		L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES) Art. L. 4311-15 et L. 4312-1 du code de la santé publique
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ?	Prestataires extérieurs : Cuisine : [REDACTED] Lingerie : [REDACTED] linge plat – tenues professionnelles Enlèvement des DASRI : [REDACTED]		Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) Art. L. 4311-15 et L. 4312-1 du CSP-IDE Art. L. 4112-5 et L. 4321-10 du CSP- kiné
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial - Social			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD	R16 Il n'existe pas de plan de formation formalisé. Les devis relatifs à la formation ne sont pas engagés, et ne comprennent aucune mention de qualité concernant les professionnels de l'établissement.		HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance)

28/71

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bien-être, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	Il n'y a pas de MedCo pour organiser la formation relative aux soins. L'attestation de formation d'infirmière coordinatrice datant de 2022 a été fournie. Pour [REDACTED] une preuve de formation au CAFERUIS a été fournie. Le calendrier de formation incendie demandé par la mission d'inspection/contrôle n'a pas été fourni.		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	Le plan de formation est inexistant sans mise en rapport avec la mobilité interne. Lors des entretiens, il est apparu des mobilités internes, par exemple, IDE vers gouvernante et ASH vers agent de soins. L'IDEC a évolué dans ses fonctions d'IDE vers IDEC, en bénéficiant de la formation ad hoc. Lors des entretiens, il est mentionné que les souhaits de formation de certaines AS ne sont pas suivis.	R17	
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)?	La mission n'a pas connaissance de l'existence de protocole d'accueil pour l'intégration du personnel. Sur le volet des soins, la mission a constaté la présence de classeurs destinés aux personnels soignants dans l'infirmerie du rez-de-chaussée. Le jour de l'inspection/contrôle, il a été constaté que [REDACTED] présente le jour même était accompagnée par une [REDACTED] Par ailleurs, les plannings mentionnent la présence de l'IDEC et la gouvernante [REDACTED] enforçant les équipes de soins. Ces	R18	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
			éléments ont été confirmés grâce aux informations recueillies lors des entretiens. En outre, le jour de l'inspection/contrôle l'IDE intérimaire aurait dû être soutenue par l'IDEC monopolisée par la mission. Il n'existe pas de réunion d'analyse et de partage des bonnes pratiques formalisées. L'établissement a transmis deux comptes-rendus de réunion d'équipe datés d'octobre et novembre 2023. L'un des CR rappelle les bonnes pratiques quant à la qualité de la prise en charge des résidents (nursing et favorisant l'autonomie), dans le respect des horaires de travail en précisant les sanctions encourues. Le second CR rappelle les bonnes pratiques à destination des ASH concernant l'hygiène et les protocoles de nettoyage. Chaque compte-rendu est signé par la directrice et l'IDEC pour le volet soins et par la directrice et la gouvernante pour le volet hôtelier. Cependant, pour chacun des CR, le nombre et la qualité des participants ne sont pas indiqués. Enfin, ces documents ne sont pas émargés par les agents.		
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection/contrôle du travail, apprécier les conditions de travail Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social 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 ?			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines		Il existe des temps de transmission tous les jours qui rassemblent IDE, IDEC, AS, ASH et psychologue. A la connaissance de la mission, il n'y a pas de travail sur les pratiques, ni de soutien aux équipes.	R19	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESMS (HAS - 08/03/2022)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Selon les informations recueillies lors des entretiens, la direction a pour projet d'établir le 15 du mois M-1 le planning pour le mois M. Les plannings des équipes soignantes transmis ne sont pas datés ni signés du Directeur. Une légende est bien intégrée sur les plannings concernant les horaires, congés,... La qualification des agents n'est pas précisée sur le planning. La mission constate que le fonctionnement du PASA repose parfois sur la présence d'un seul agent dont la qualification d'ASG n'est pas établie. Par exemple, selon le planning, le 28/11/2023 un seul agent infirmier dont la mission n'a pu constater la qualification, a été affecté seul au PASA. Les unités d'affectation IDE, AS, ASH sont identifiées sur les plannings, plans de soin et fiches de tâches heureées, néanmoins il est apparu lors des entretiens que ces affectations sont susceptibles de changer selon les absences inopinées. Les plannings sont établis par : - l'IDEC pour les soignants (IDE, AS, ASG et agents de soins) ; - la gouvernante pour le personnel technique et hôtelier (ASH).	R20	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Les plages horaires : Des IDE : [REDACTED] travail effectif [REDACTED] Des AS : [REDACTED] Equipe de nuit : [REDACTED] PASA : [REDACTED] Eurothérapeute : [REDACTED] ASGI/AMP : [REDACTED] Psychologue : [REDACTED] ASH : [REDACTED]		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Sur les [REDACTED] intervenant de nuit, seule une aide-soignante détient un diplôme reconnu conformément à l'article L-4391-1 du CSP. L'un des agents détient un [REDACTED] pour lequel il est nécessaire de solliciter une délivrance d'autorisation d'exercice auprès de la DRIETS conformément à l'article L-4391-2 du CSP.	E15	
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'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	Deux fiches de poste génériques pour IDE et AS/AMP/Agent de soins ont été fournies à la mission. Les fiches de poste ne sont pas nominatives et ne sont pas signées.	R21	
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Il existe une fiche de poste unique pour trois catégories de personnel AS, AMP et Agent de soins ce qui constitue un risque de glissement de tâches. Il existe un protocole de distribution des médicaments dans une version 2023, néanmoins il comprend des informations qui doivent être actualisées :	E16	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 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)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- La qualification de gouvernante y est mentionnée aide-soignante, alors que les informations recueillies par la mission font état du titre d'IDE qui intervient à titre de renfort ponctuel pour assurer les soins (planning et diplôme), - La pharmacie mentionnée dans le document est la pharmacie Masse de Grez-sur-Loing, alors qu'une convention d'officine est signée en 2022 pour une durée de trois ans avec la pharmacie « [REDACTED] »		D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?	Pour les IDE, l'IDEC et la gouvernante (diplômée IDE) pallient les absences inopinées. L'établissement recourt aussi à l'intérim pour remplacer les IDE. La direction a recours à la plateforme d'intérim [REDACTED] pour recruter le personnel vacataire/intérimaire pour pallier les absences inopinées. Pour les AS, il existe un pool de nombreux AS vacataires [REDACTED] au sein de l'établissement.	R22	

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.3.1.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique - Managérial			
2.3.1.2	Gestion d'information	Existe-t-il des documents présentant des données statistiques portant sur les personnes prises en charge et sur l'activité de la structure ? - Tableau GIR - Tableau PATHOS - RAMA - RAA - Tableau de bord- ESMS de l'ANAP Le médecin coordonnateur rédige-t-il un rapport annuel d'activité médicale (RAMA)?	SO Il n'y a pas de MedCo actuellement donc pas de RAMA rédigé.		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) 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
2.3.1.4	Gestion d'information	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 va-t-il une analyse des données de : - morbidité, - mortalité, - des événements indésirables, - des complications liées aux soins		E17	
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : 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 ?	Un registre ouvert le 01/11/2022 a été remis à la M. Il ne répertorie que ■ résidents sur les ■ résidents accueillis. Il n'est pas paraphé par le maire de la commune. La mission constate que les résidents entrés dans l'établissement avant le 01/11/2022 ne sont pas mentionnés.	E18	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : 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	Les dossiers sondés lors de la MI sont incomplets et comportent pour certains des informations qui relèvent du suivi médical. Une somme d'argent en espèces a été trouvée dans un dossier. L'armoire qui contient les dossiers des résidents est située dans le hall de l'administration et est accessible. La mission a pu constater que l'armoire n'était pas fermée à clé. La confidentialité des données administratives des résidents n'est donc pas garantie par des mesures de sécurité suffisantes. Parmi les dossiers sondés, la mission a constaté les carences suivantes : - Contrat de séjour : ils ne sont pas toujours présents et ne sont pas toujours signés. - Pas de CR de synthèses - Pas de PAI - Personne de confiance pas toujours connue - Pas de directives anticipées - Pas de copie du jugement de tutelle quand la personne est placée sous protection - Les annexes relatives à la liberté d'aller et venir sont absentes, - Les annexes relatives aux contentions sont absentes des dossiers.	E19	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,	On retrouve les dossiers médicaux dans le logiciel [REDACTED] ainsi que sur papier. Dans [REDACTED] - antécédents, - les évaluations (GIR, NPIES, MMSE), - plans de soins individuels, - comptes-rendus (consultation, hospitalisation, biologie, imagerie),	R23	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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		- 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...	- prescriptions, - observations, - DLU, - transmissions IDE, - traçabilité de la surveillance, - RDV externes, - les mouvements des résidents. Dans les dossiers papiers, des informations administratives et médicales ont été trouvées : - dossier « administratif » (directives anticipées, personne de confiance, groupe sanguin, vaccins) - dossier « médical » (ordonnances, prescriptions, CR biologie, CR imagerie, évaluations MMSE), - pas de projet personnalisé.		EDS et en ESMS)
2.3.4.4	Gestion d'information	Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	A l'arrivée de la mission dans les locaux de l'établissement, il a été constaté que l'infirmerie située au rez-de-chaussée était ouverte. Le personnel soignant était absent de l'infirmerie. La mission a constaté la présence de nombreux classeurs comportant des documents à caractère médical (prescriptions médicamenteuses, prescription des contentions) librement accessibles.	E20	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 ?	Le taux de vétusté des constructions est de ■■■ %. Le taux de vétusté des installations est de ■■■ %. Le taux de vétusté des autres immobilisations corporelles est de ■■■ %. Dans les locaux visités, la mission a constaté : - des traces d'humidité et de moisissures dans certaines chambres (n°143 et n°13) et locaux communs (salle commune donnant sur la salle de restauration photo n°45), - des sols dégradés dans une chambre (n°9) et les locaux communs (couloir dominant sur le salon d'hiver) ; - des fissures importantes dans les murs (couloirs) - des infiltrations d'eau dans le bureau de l'animatrice (l'animatrice est installée temporairement dans le bureau de la directrice).	E21	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les lieux, les locaux techniques et les installations présentant un danger sont-ils selon les cas signalés, protégés, voire rendus inaccessibles, des résidents ou des visiteurs (dénivelés, points d'eau, escaliers, fenêtres, terrasses, local électrique, chauffage, armoires à pharmacie, stockage des produits d'entretien, de désinfection et des produits dangereux (insecticides, ratifides...)) ?	La mission a constaté les points suivants : - Le local aide-soignant (photo 69) devant être fermé à clé était ouvert le jour de l'IC; - Les accès aux terrasses (photos 72 et 78) sont libres d'accès car la porte est non verrouillée ; - Plusieurs fenêtres situées dans les étages (photos 64 et 75) ne disposent ni de serrure, ni d'entrebâilleur verrouillant ou limitant l'ouverture. La sécurité des résidents n'est pas assurée.	R24	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 ?	La mission a constaté la présence d'un système de rafraîchissement d'air dans la salle de restauration et dans le bureau de la directrice.		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)
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 ?	La mission a constaté la présence : - de rails pour système de lèves-malades dans certaines chambres ; - de barres d'appui dans les toilettes des chambres des résidents.		Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
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 ?	Au jour de l'inspection/contrôle, d'après le planning, l'établissement dispose d'un service d'entretien armé par trois personnels techniques. Un des agents est en accident de travail. L'organigramme de l'établissement mentionne deux agents.		
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	SO		L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
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...) ?	SO pour les suivis des RBPP. L'établissement prend en charge le linge personnel des résidents. La mission n'a pas approfondi ce champ d'inspection/contrôle.		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 EIR	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 enlevés une fois par mois par la société [REDACTED]		R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI)
2.5.2.11	Sécurités	Combien de vaccins antigrippaux sont dispensés ? Quelle est la proportion de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière ?	Concernant les vaccins antigrippaux : [REDACTED] des résidents sont vaccinés. [REDACTED] des professionnels sont vaccinés.		
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 ?	Malgré la présence de barres d'appui dans les couloirs, rails et lèves-malades dans les chambres, et barres d'appui dans les toilettes des chambres, la mission relève de nombreuses chutes. Les barres dans les couloirs sont cependant peu identifiables, elles sont de la même couleur que les murs. En effet, plusieurs documents remis à la mission relèvent des chutes nombreuses dont sont victimes les résidents 103 chutes de résidents du 08 06 au 08 12 2023. Le document n°86 remis à la MI fait état de 301 chutes de résidents recensées sur la période du 01/07/2022 au 08/12/2023.	E22	L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée."
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...) ?	Pour rentrer dans l'EHPAD de l'extérieur, il est nécessaire d'utiliser un digicode qui permet de filtrer les accès. Le jour de l'inspection/contrôle, l'entrée était fermée, c'est l'IDEC qui a ouvert pour permettre l'entrée dans l'EHPAD. L'établissement dispose d'une cour intérieure, qui sert de parking aux visiteurs, accessible de la rue par un portail qui reste ouvert. La mission a constaté qu'un studio hébergeant un résident, débouche sur cette cour ouverte sur la rue. Studio hors du périmètre de fermeture accès direct sur le portail. Le compte-rendu du comité de direction (document 17) du 26/04/2023, évoque dans les points 1 et 2 de l'ordre du jour l'existence d'un studio. Il apparaît que ce studio est occupé par un résident.	E23	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

39/71

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			En effet, ce compte-rendu fait état de l'occupation du studio par [REDACTED]. Par ailleurs, ce compte-rendu cite qu'après rafraîchissement, ce studio sera occupé par un autre résident. Il est donc constaté un écart au RDC entre le nombre de chambres précisé sur plan et sur le dernier rapport de visite du SDIS en date du 28/04/2021 : Le plan mentionne 18 chambres et 1 studio alors que le rapport de visite du SDIS précise 17 chambres et 1 studio De plus, il semble important d'informer la mission de l'achèvement des travaux (PV de conformité à fournir), de l'occupation actuelle du studio par un résident et des modalités d'attribution de ce studio.		
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 ?	Des appels malades existent dans les chambres et les résidents en sont équipés. Il n'existe pas de signal lumineux permettant de détecter l'utilisation de l'appel-malade rapidement. L'acquittement des appels-malades n'entre pas dans les attributions de tous les agents mais seulement dans celui des agents de soins. La MI n'a pas connaissance d'un système d'enregistrement centralisé des appels et d'analyse des temps de réponse. Lors de l'inspection/contrôle de l'infirmierie du rez-de-chaussée et pendant les tests de fonctionnement des appels-malades, la mission a pu constater les éléments suivants : - Trois DECT sur leur support en train de sonner, - Ecran de report du système d'appel malade en place avec l'inscription hors service qui ne fonctionnait pas, - Le personnel soignant présent par intermittence dans l'infirmierie n'était pas équipé de DECT. Il est à noter que l'ARS a versé des crédits non reconductibles pour l'année [REDACTED] d'un montant de [REDACTED] euros afin de procéder au remplacement du système d'appel malade.	E24	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		Les demandes d'admission arrivent par le biais de Via Trajectoire, de CAP retraite, des assistantes sociales des hôpitaux, des familles ou sont formulées directement par les personnes elles-mêmes. Une procédure d'admission a été fournie à la mission dans le document n°83 : liste détaillées de tous les protocoles de soins. En effet, l'assistante de direction reçoit les dossiers d'admission. Elle contacte les familles, leur fait visiter l'établissement et finalise les formalités relatives à l'admission (entretien avec la Direction, ouverture du dossier administratif, préparation de l'admission en lien avec l'IDEC). Malgré l'existence d'une procédure, la mission a pu établir que la totalité des professionnels n'est pas préalablement informé des admissions.		
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ?	L'étude des dossiers administratifs fait apparaître les carences dans la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2 tels que l'absence de recherche de consentement, la désignation de la personne de confiance, le recueil des directives anticipées, la mise en place d'un projet de vie individualisée pour chaque résident. En outre, le dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) n'est pas présent. Sur le volet médical de l'admission, un point est fait avec le médecin qui remplit le certificat et avec le médecin généraliste.	E25	(obligation cerfa DU) R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Parfois un entretien est mené entre la famille/résident avec le psychologue et la direction. Le psychologue s'occupe dans certains cas des PAI, en recevant famille et résident. En l'absence de MedCo, la mission n'a pas pu évaluer avec exactitude de circuit médical d'admission. Dans les dossiers administratifs des résidents, il est noté l'absence de recherche de consentement, de désignation de la personne de confiance, des directives anticipées,		
3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ? Il y a-t-il une évaluation Norton, Braden, Chutes, escarres, déglutition, douleur. L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Il n'y a pas de MedCo dans l'EHPAD actuellement. Les évaluations : GIR, NPI ES, MMSE sont parfois retrouvées dans les dossiers. Elles sont réalisées par les IDE, AS, ergothérapeute, psychologues.	E8	D312-158 2° CASF (missions du MedCo) D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Selon les différents entretiens menés, il apparaît que la désignation des référents PAI est existante parmi les AS, cependant cette désignation n'est pas pérenne au regard du turn-over parmi les AS. L'organisation définitive devrait permettre d'affecter 4 résidents à chaque AS désigné référent PAI. Un planning de mise à jour des PAI a été mis en place, la trame des PAI a été mise à jour par l'IDEC, en concertation entre l'IDEC, les référents PAI, le MK, le psychologue, les AS/ASH et l'ergothérapeute. Selon le psychologue de l'établissement, sa quotité de temps de travail devrait être augmentée, afin qu'il puisse participer plus activement dans la mise en place et mise à jour des PAI. Au cours des entretiens, il est apparu qu'une seule partie des PAI est existante. Ils doivent être complétés et mis à jour. Une autre partie des PAI doit être mise en place pour pour les autres résidents.	E26	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) D312.155.03° (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

42/71

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Par ailleurs, dans les dossiers des résidents sondés et examinés par la MI, il n'a pas été constaté la présence de PAI formalisés. En outre, parmi les documents transmis à la MI, il n'apparaît pas de PAI formalisé.		
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance			
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'informations ?	Les comptes-rendus de réunion remis à la mission permettent d'établir la tenue de deux réunions les 24/10/2023 et 27/11/2023, respectivement dédiées aux équipes soignantes et aux équipes hôtelières, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents.	R25	
3.1.4.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités pratiques de la coordination des équipes ?	La mission a constaté que la coordination des équipes de soins était endossée par l'IDEC.	E27	D. 312-156
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 ?	En l'absence de MedCo, selon les informations recueillies lors des entretiens, des réunions de transmissions sont organisées le vendredi. Il existe des échanges informels, les informations sont renseignées dans les logiciels de soins. D'ailleurs, la mission a pu constater la tenue d'une réunion de transmission le jour de l'inspection/contrôle vers 15h00 réunissant l'IDEC, IDE, AS, ASH et psychologue. Néanmoins, la mission n'a pas constaté la tenue de commission gériatrique en l'absence du MedCo.	E27	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 ?	D'après les entretiens menés, il apparaît que plusieurs médecins généralistes libéraux interviennent au sein de l'EHPAD. Un document a été transmis à la mission, cependant aucune date de mise à jour n'est mentionnée. Ce document précise la présence de 7 médecins libéraux dont 2 ont la charge de 15 résidents et 5 ont moins de 5 résidents. Deux MG viennent ½ journée, 2 fois par semaine.	E28	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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 médicaux, à partir d'un échantillon de dossiers ? (uniquement si médecin ou pharmacien dans la mission)	Dès qu'un événement médical survient le dossier TITAN est complété. Aucune régularité de complétude n'a été mise en évidence par la mission. Dans les dossiers médicaux informatisés, on trouve : - antécédents, - les évaluations (GIR, NPIES, MMSE), - plans de soins individuels, - comptes-rendus (consultation, hospitalisation, biologie, imagerie), - prescriptions, - observations, - DLU, - transmissions IDE, - traçabilité de la surveillance, - RDV externes, - les mouvements des résidents. Aucune traçabilité des actes des kinésithérapeutes n'est mentionnée.	E29	L311-3 5° CASF (résident à accès à toutes infos ou docs le concernant) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données cliniques) 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)
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Les transmissions inter-équipe sont réalisées quotidiennement, le matin à 7h00. Les AS et IDE écrivent dans [REDACTED] les problèmes concernant les résidents. D'autres temps de transmissions existent. Ils sont planifiés tous les jours du lundi au vendredi en début d'après-midi. Les IDEC, IDE, AS, ASH et psychologue y participent. Au cours de ces différentes réunions, sont abordés les problèmes et informations du jour. Les discussions sont intégrées dans [REDACTED]		L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil donné clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	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 ?	Les familles sont conviées à participer aux événements de l'établissement (fêtes), mais également à des sorties organisées pour les résidents. La mission ne s'est pas focalisée sur la disponibilité des locaux d'accueil. La participation des familles à l'accompagnement de la personne accueillie n'est pas clairement formalisée	R26	
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 figure dans le livret d'accueil mais la mission n'a pas pu constater sa diffusion au sein de l'établissement. La charte est bien présente dans les dossiers des résidents en application de la loi 2002-2.	R27	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 EIR	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 ?	La mission n'a pas trouvé la liste des personnes qualifiées au sein de l'établissement. Dans les documents transmis, on trouve une convention qui lie l'établissement à la société AME, qui intervient dans les litiges au sens du code de la consommation. Ce document comprend en annexe une liste de personnes qualifiées par rapport à cette convention. Dans son article 11, le contrat de séjour stipule qu'en cas de litige, la personne accueillie ou son représentant légal pourra faire appel au CVS ou à des personnes qualifiées figurant sur une liste établie conjointement par le préfet du département et le président du conseil général. Cette liste n'est pas dans le livret d'accueil et n'est pas affichée dans l'établissement.	E30	L311-3, 6° CASF (info de l'utilisateur 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 ?	Le sondage des dossiers n'a pas permis de mettre en évidence l'existence de ce dispositif.	E31	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)
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	En l'absence de MedCo, le RAMA n'est pas réalisé. Les contentions sont prescrites pour des durées variables de 3 mois à 1 an par les MG, mais ne sont pas réévaluées quotidiennement suivant les RBPP. Plus de la moitié des résidents sont sous contentions. Il existe un classeur répertoriant les contentions, mais se pose la question de sa mise à jour. Le document remis à la mission n°63 - Procédure d'utilisation et réévaluation des contentions est un formulaire de prescription et de suivi des contentions. Il n'existe donc pas de procédure formalisée concernant les contentions.	E32	L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					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 »
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet...	Des photographies des résidents figurent dans les dossiers		
3.2.4.0	Respect des droits des personnes		Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique : Maltraitance		
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	La capacité juridique des résidents n'a pas été évaluée par la mission. Lors du sondage des dossiers administratifs des résidents, une enveloppe contenant des espèces a été trouvée.	R28	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 [REDACTED] d'animateur sur la structure. Un programme d'animation est affiché dans l'établissement. Le programme d'animation est composé d'un panel d'activités variées et de sorties organisées par l'établissement. Des échanges inter-établissement (autres EHPAD) et intergénérationnels (petite-enfance) sont organisés. Cet EHPAD dispose d'un PASA et d'un programme d'activités spécifique. Chaque résident admis au PASA dispose d'un programme d'activités personnalisé.		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 doit être formalisé et mis à jour. De ce fait la mission n'a pas pu constater de volet dédié à l'animation.	R29	Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD ANESM 2011

Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance	Les chambres sont pourvues de sanitaires et sont personnalisées, équipées de mobilier adapté et suffisant.		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	Néanmoins, la mission a constaté dans certaines chambres des traces d'infiltration et de moisissures au niveau des faux plafonds. A titre d'exemple les chambres n°143 et n°13. La chambre n°9 présente un sol dégradé. Certaines chambres visitées comportent des traces d'infiltration, de moisissures et des dégradations au niveau du sol.	R30	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	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes Principales catégories de risques possibles :	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 existe une commission des menus. La mission n'a pas constaté l'affichage de l'enquête de satisfaction sur la restauration.	R31	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.5	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...)	Au cours des entretiens, les professionnels ont évoqué le manque de formation pour dépister les fausses routes. La mission a constaté la présence de consignes personnalisées pour les régimes alimentaires spécifiques des résidents. Les IDE et AS dépistent les fausses routes et situations de dénutrition.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		- 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...)?			
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.	La mission a recueilli lors des entretiens les horaires de repas suivants : Petit-déjeuner : 8 à 9h Déjeuner : 12 à 13h30 Goûter : 16h Dîner : 18h-18h30 selon les lieux de restauration Les heures de repas mentionnées dans le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et le contrat de séjour ne correspondent pas aux informations recueillies lors des entretiens. La mission constate que l'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner est supérieure à 12h00. L'organisation des repas n'est pas formalisée de manière identique dans les différents supports produits et mis à disposition des résidents. Une collation nocturne est proposée la nuit à la demande.	E33	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 ?	La pesée des résidents se fait 1 fois par mois. Il existe une liste des régimes et textures ainsi qu'une liste des résidents ayant des régimes hyper protéinés.		D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARS/IdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...) ? Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ? Les professionnels ont-ils une vision des rations alimentaires	Les régimes adaptés sont prescrits et suivis par le médecin. Les salariés sont informés des régimes spécifiques des résidents. Ils sont transcrits à la cuisine sur un cahier et durant les transmissions. Ils sont également inscrits dans le logiciel [REDACTED]. Les régimes sont affichés sur la porte de la cuisine pour que les vacataires puissent les repérer.	E34	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		consommées ? Les professionnels sont-ils moteur de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?	Il existe un plan de table qui mentionne les personnes qui prennent leur repas en chambre mais la mission n'a pas constaté de procédure spécifique à ce niveau Lors de la mission, les professionnels accompagnant les repas étaient assis à hauteur des résidents, ce qui est conforme Le bilan des formations organisées en [] ne fait pas mention d'une formation de prévention aux troubles de la déglutition.		
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	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 ?	SO		L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP	
3.8.1.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : 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 ? Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ? Un(e) infirmi(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 ?	Les professions de santé mobilisées au sein ou en appui de l'EHPAD sont :			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.2	Soins	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ?	La traçabilité des soins en temps réel est difficile. Le jour de l'inspection/contrôle, il a été constaté que les tablettes liées au logiciel de soins étaient toutes en panne.	E35	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-usages ouverts ?	La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue	R33	
3.8.2.4	Soins	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	Il existe une procédure de circuit du médicament datant de décembre 2023, remise à la mission dans les documents envoyés. La mission s'interroge sur la date plus précise de rédaction du document. A noter un probable manque d'acculturation de ce document par les équipes de l'EHPAD. En effet au jour de l'inspection/contrôle, le 8 décembre 2023, des médicaments périmés se trouvaient dans le chariot d'urgence, des dispositifs médicaux, des médicaments étaient ouverts, sans date d'ouverture.	E36	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, ... ?	SO		R5132-3 du CSP (modalités de prescription) L4332-1 CSP (acte psychomoteur sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.2.6	Soins	Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ? Quel est le pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé ? Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription (LAP) ? Les personnels habilités sont-ils formés à son utilisation et l'utilisent-ils ? Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées ? - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.	Il n'est pas possible de savoir le nombre de médecins généralistes (MG) qui prescrivent dans le logiciel [REDACTED]. En effet des prescriptions sont parfois écrites dans des mails par des MG et sont retranscrites dans [REDACTED] par l'IDEC ou bien des prescriptions sont faites oralement et écrites après plusieurs jours.	E37	R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2e alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de sécurisation et d'évaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).
3.8.2.7	Soins	Existe-t-il une liste préférentielle de médicaments (LPM) : - 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 ? 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 : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments.	R34	L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS)
3.8.2.8	Soins	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 : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Parfois les prescriptions sont écrites dans des mails par des médecins généralistes, et sont retranscrites dans [REDACTED] par l'IDEC ou bien sont orales et écrites après plusieurs jours	E37	R 4311-7 CSP
3.8.2.9	Soins	Quels sont les moyens de transmissions : - des ordonnances de l'EHPAD à l'officine - des conseils thérapeutiques de l'officine, - des observations entre EHPAD et officine	Les échanges se font par mail.		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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.13	Soins	Y va-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	Il n'y a pas de photographies des résidents sur les piluliers. Il y a des photographies des résidents sur les traitements médicamenteux dans [REDACTED]. L'identification n'est pas optimale surtout si l'on prend en compte le nombre de professionnels en intérim ou en CDD.	R35	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 ? Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ?	La préparation des médicaments se fait dans un local adapté.		Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	Soins	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 IDE ou l'IDEC s'isolent pour préparer les médicaments. Les piluliers sont réalisés par un automate et sont contrôlés à la pharmacie et à l'EHPAD. La livraison de des piluliers a lieu habituellement les mardis. La commande qui est scellée est réceptionnée à l'infirmerie, puis est vérifiée jusqu'au vendredi (escargots des résidents matin midi et soir). Le dimanche après-midi, les escargots sont mis dans la bannette. Les médicaments hors piluliers sont ajoutés.		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 ?	Il n'y a pas de vérification des traitements au moment de l'administration. Le chariot à médicaments est très haut, ce qui rend son utilisation difficile par les IDE.	R36	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 ?	La traçabilité de l'administration est effectuée dans [REDACTED] Elle est enregistrée a posteriori, le personnel soignant ne disposant pas de tablettes (en panne).	R37	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)
3.8.2.20	Soins	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?	Une liste des médicaments à ne pas broyer ni écraser a été transmise à la mission. Néanmoins, lors des entretiens, le jour de l'inspection/contrôle, il est apparu que le personnel n'en avait pas connaissance.	R38	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'Ordre 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 ?	Le protocole d'administration des médicaments a été fourni à la mission (voir doc 52). La délégation par une AS diplômée y est formulée. Néanmoins il existe des erreurs dans le document concerné posant la question de la relecture de ce document et de sa diffusion.	E38	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 ?	Le registre des stupéfiants est présent. A noter des médicaments stupéfiants au nom d'un résident qui n'est pas dans l'EHPAD et la prescription nominative qui ne semble pas être respectée.	E39	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 ?	La mission n'a pas reçu de protocole sur la douleur. Néanmoins, au cours des entretiens, il est apparu que les échelles doloplus et EVA sont utilisées au sein de l'EHPAD.	E40	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

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.
3.8.2.25 / 3.8.2.26	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 ?	La direction a remis à la mission le protocole suivant : Accompagnement des proches d'un résident en fin de vie. Dans ce protocole il n'apparaît pas la question de la personne de confiance, ni des directives anticipées. Des protocoles ont été mis en évidence par la MI : Conduite à tenir (CAT) en cas de dénutrition ou d'hydratation ou prévention des escarres ou prévention des infections. Tous les protocoles ne sont pas récents.	R39	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
	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...			
3.8.3.0	Soins	- Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes	Principaux objectifs du contrôle :		
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 propriété apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	L'infirmerie est centralisée et répartie en deux pièces contigües séparées avec un accès unique pouvant se fermer à clés. La première pièce comprend deux postes informatiques, plusieurs armoires (dont une a une porte manquante) enfermant des médicaments, des documents et classeurs au format papier. Différents affichages sont présents dans l'infirmerie.	R40	
			La deuxième pièce dédiée à la pharmacie comprend une porte d'accès (verrouillable par digicode) la séparant de la première pièce. Un troisième local distant « local oxygène » est situé au RDC. La mission a eu accès au poste de soins, (infirmerie au rez-de-chaussée) qui n'était pas fermé à clé et sans personnel soignant présent dans le local à son arrivée. L'écran de report du système d'appel-malade situé à l'infirmerie est hors service.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.3.2	Soins		L'infirmerie et la pharmacie contigüe n'étaient pas fermées lors de l'arrivée de la mission dans l'EHPAD. L'ensemble des informations relatives à la santé des résidents sont donc accessibles. Certaines armoires contenant le matériel médical ne sont pas fermées à clé, ou dépourvues de porte. Différents affichages sont présents : - Conduite à tenir en cas d'exposition au sang, - plannings, - suivi des contentions avec période de réévaluation, coordonnées IDEL de nuit, - suivi de la distribution des collations, - surveillance des couchers, - suivi de glycémie et de distribution d'insuline de certains patients, Des classeurs sont disposés dans l'armoire à droite en entrant immédiatement à droite dans l'infirmerie. D'autres classeurs sont en libre accès à gauche des postes informatiques dans la première pièce de l'infirmerie. Les différents classeurs sont dénommés : - « contentions » - « oxygène » - « suivi IDEL » - « surveillance journalière » - « relevé température – plan canicule » utilisé jusqu'en 2022 - « surveillance distribution hyper protéiné » mis en place en janvier 2023 et dernière utilisation datant du 16/02/2023 - « suivi hydratation plan bleu » ouvert en janvier 2014, dont la dernière mise à jour est de 2018 ; - « ordonnances signées par les médecins » mis en place le 22/10/2019 dont les dernières ordonnances datent de 2020	E41	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)
3.8.3.3	Soins	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ? Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- « comple-rendu réunion équipe de soins » : dernière réunion mentionnée le 19/06/2020 - « enregistrement des chutes » : actif entre 2011 et 2015, dernière fiche enregistrée en date de 2015 - « commande pharmacie » : dernière mise à jour datant de 2020. - « prescription ergo » dernière prescription enregistrée en 2015 Ces différents classeurs sont relatifs au suivi des soins des résidents, dont la continuité du suivi est à présent assurée grâce au logiciel de soins [REDACTED]. Certains classeurs contiennent des informations qui sont datées, voire obsolètes qui devraient être archivées et peuvent prêter à confusion pour le personnel soignant vacataire et intérimaire, employé par l'établissement.		
3.8.3.4	Soins	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Le réfrigérateur dédié au stockage des médicaments est situé dans le premier local de l'infirmerie. Il contenait : - des médicaments, - un thermomètre, - de l'alimentaire, sirop de fruits. Il est à noter que le registre de relevé de température était vierge. Une des armoires située dans la première pièce de l'infirmerie, contenant des médicaments, est dépourvue de porte.	E42	L.311-3 CASF L5126-6 (PUJ) R5126-108 (PUI-méd délivrés en urgence) R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13°) CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : 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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					conservation garantissant l'intégrité du médicament)
3.8.3.6	Soins	Le lieu et les conditions de stockage du coffre à stupéfiants sont-ils conformes à la réglementation ?	Un coffre est présent dans la pharmacie. Il est verrouillé au moment de l'inspection/contrôle par un système de code. Un registre « cahier nominatif d'administration et de gestion du stock de stupéfiants » dédié est présent. Il y a un tableau journalier de surveillance des toxiques. Néanmoins sur une des boîtes de médicaments (patch de Durogésic), il est inscrit un nom qui ne correspond pas à un résident actuel.	E39	L313-1 4° CASF R5132-26 CSP (rangement à clé pour médicament stupéfiant liste I et II) R5132-36 CSP (entrée et sortie stupéfiant) R4235-48 CSP (mission pharmacien-conseil usage médicament) Article 6 de l'annexe de l'Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants
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	Le stock de médicaments dédiés au chariot d'urgence est rangé dans une armoire fixe, située dans l'infirmerie du rez-de-chaussée. Le chariot d'urgence ou sac d'urgence n'était pas en place le jour de l'inspection/contrôle. Il n'est donc pas possible de répondre aux urgences au sein de l'EHPAD. Par ailleurs, certains médicaments, dédiés au chariot d'urgence était périmés (Lasilix 20mg/2ml 11/2023, Valium 10mg 12/2023...). Les dispositifs médicaux, tel ballon de ventilation ne sont pas existants. Les obus O2 sont vides. La dernière vérification des dates de péremption a été faite en date du 27/10/2023.	E43	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 ?	Deux emplacements pour les DAE sont matérialisés au sein de l'EHPAD, pour un seul DAE présent et fonctionnel, ce qui peut prêter à confusion en cas de besoin en urgence. L'emplacement du DAE vide, situé dans le hall d'accueil doit être retiré.	E44	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)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.4.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Éthique			
3.8.4.1	Soins	Qui contribue à l'élaboration du projet de soins individualisé ? À son suivi ? À quelle fréquence ? Sur quoi porte-t-il ?	Il n'y a pas de MedCo au sein de l'EHPAD. Les observations médicales sont réalisées par les médecins généralistes.		L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) D311 du CASF (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne) D312-158, 6° du CASF (évaluation gériatrique à l'entrée du résident) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011
3.8.4.3	Soins	Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ? Où sont-ils stockés ? Tous les soignants y ont accès 24h/24 ?	Le DLU est incrémenté par des éléments contenus dans le logiciel de soins TITAN. Il est imprimé en cas d'urgence. Les vérifications effectuées par la mission confirment que les codes d'accès sont disponibles dans les classeurs destinés aux infirmières et que l'impression des DLU peut être effectuée en cas de besoin.		L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

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	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes Groupements hospitaliers de territoire (GHT)			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ? 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 ?	Selon l'IDEC, l'EHPAD dispose d'un protocole avec le centre hospitalier Fontainebleau. Le protocole n'a pas été fourni. L'absence de convention signée fournie par l'ehpad, avec un établissement de santé ne permet pas de juger de la continuité dans le parcours de soins des résidents.	R41	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	Selon l'entretien avec l'ergothérapeute, ■■■■ masseurs kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement. Le psychologue intervient dans le cadre d'une convention à titre libéral (n'est pas salarié de l'établissement).		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 le prof libéraux)
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	L'établissement a-t-il des conventions avec : * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de gérionto-psychiatrie * un SSIAD * une HAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres Quelles sont les modalités d'interventions et sont-elles effectives?	L'établissement a communiqué les conventions suivantes : - dispositif d'appui la coordination réseau territorial de santé ■■■■ (DOC79) - Une convention pour l'astreinte de l'IDEL de nuit, signée le ■■■■ pour une durée de trois ans avec l'URPS, a été fournie. doc 57. Selon les entretiens, les équipes suivantes interviennent au sein de l'EHPAD : - EMSP ; - Consultation gériatrique ;	R41	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 relative à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS

62/71

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		L'établissement est-il partie prenante dans un réseau gériatrique ?	- Equipe Mobile Psy ; - HAD du CH de Fontainebleau ; - IDEL Urps de nuit L'ensemble des conventions relatives à la coordination avec les autres secteurs n'ont pas été transmises. Certaines conventions ont été remises en double. En effet, les documents remis n°79 et n°80 sont les mêmes documents. Les conventions passées entre l'EHPAD et les différents intervenants extérieurs doivent donc être remis à la mission.		
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	L'EHPAD a une convention avec une [REDACTED] pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction signée le 27/06/2022.		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	Écarts
E1 1.1.2.2	L'absence de projet spécifique de service du PASA et/ou de l'UHR contrevient aux dispositions des articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF.
E2 1.1.3.1	Au jour de l'inspection/contrôle, 3 résidents ne sont pas catégorisés dans la grille aggr.
E3 1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement n'est pas mis à jour et n'est pas systématiquement remis à chaque personne accueillie L'affichage du règlement de fonctionnement n'a pas été constaté par la mission et il est absent dans les dossiers des résidents.
E4 1.2.1.4	L'établissement dispose d'un pré-projet d'établissement nécessitant une finalisation et une validation.
E5 1.2.1.5	Le projet d'établissement ne définit pas les objectifs en matière de prise en soins des résidents et les professionnels de l'établissement ne sont pas ou peu associés à l'élaboration du PE et du projet général de soins.
E6 1.2.1.6	Le plan bleu n'a pas été fourni. Le plan canicule n'est qu'une composante du plan bleu.
E7 1.2.2.11	Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EH PAD, à ses collaborateurs.
E8 1.2.2.14 3.1.1.2	L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire contrevient aux articles D321-155-0 et D312-156 du CASF.
E9 1.3.3.1	La fréquence des réunions du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF.
E10 1.3.3.2	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R331-10 du CASF.
E11 1.4.2.1	Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui le rend obsolète. Dans l'arrêté de programmation l'évaluation externe aurait dû avoir lieu au T1 2023.
E12 1.4.3.1	L'absence de mesures de prévention de la maltraitance (formations à la bientraitance, autoévaluation, désignation d'un référent bientraitance, groupe d'analyse des pratiques...) ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques.
E13 1.4.3.2 1.4.3.3	Il n'existe aucune procédure relative aux situations de violence ou de maltraitance au sein de l'établissement.
E14 2.1.1.1 2.1.1.6	En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD et intérimaires, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge. Par ailleurs, en comparant l'ensemble des pièces reçues la mission constate que le RUP n'est pas tenu à jour.
E15 2.1.4.10	La mission constate que les membres des équipes de nuit ne sont pas tous diplômés ou titulaires de diplômes conformes à la réglementation.

E16 2.1.4.4	Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : aides-soignants et assistants éducatifs et sociaux (ex AMP, AVS). De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières les actes et soins infirmiers délégués aux AS et AES diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.
E17	Le RAMA de l'année N-1 n'existe pas.
2.3.1.4	
E18 2.3.2.1	Le registre légal des entrées et des sorties est incomplet car il répertorie seulement 21 résidents sur les 62 résidents pris en charge sur l'EHPAD au jour de la visite, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-2 du CASF. Il n'est pas paraphé par la direction de l'établissement, ni par le maire de la commune, ce qui contrevient aux obligations mentionnées à l'article R331-5 du CASF.
E19 2.3.4.2	De nombreuses irrégularités ont été relevées dans les dossiers administratifs des résidents qui sont incomplets. Par ailleurs, la confidentialité des dossiers administratifs des résidents n'est pas assurée.
E20 2.3.4.4	Le secret professionnel et la sécurisation des données à caractère médical ne sont pas assurés conformément aux art L311-3, 4° du CASF et L1110-4 du CSP.
E21 2.4.1.3	L'équipe d'inspection/contrôle a constaté l'état dégradé des installations, du bâti et des conditions d'accueil qui ne permettent pas d'assurer la sécurité des personnes hébergées.
E22 2.5.3.3	Les barres dans les couloirs sont peu identifiables car elles sont de la même couleur que les murs. De nombreuses chutes sont répertoriées dans l'ehpad sans analyse.
E23 2.5.3.4	La mission constate que l'occupation du studio ne permet pas de garantir la sécurité et la prise en charge du résident hébergé hors de l'EHPAD. En outre, la mission ne parvient pas à établir si ce studio est comptabilisé parmi les 69 HP et 2 HT.
E24 2.5.4.3	Les temps de réponse aux appels-malades sont excessivement longs, voire inexistantes et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.
E25 3.1.1.1	La procédure de préadmission et d'admission des résidents ne semble pas connue des salariés en charge de l'admission. Sur le plan administratif et médical, le circuit d'admission n'est pas conforme à la procédure.
E26 3.1.1.3	La mission a constaté l'absence de PAI dans les dossiers des résidents consultés sur place. De plus, les informations recueillies dans le cadre des entretiens confirment que l'élaboration, la rédaction, la validation des PAI ne sont pas effectives pour l'ensemble des résidents.
E27 3.1.4.3 3.8.1.4	L'EHPAD ne dispose pas d'un médecin coordonnateur.
E28 3.1.4.5	La mission n'a pas pu constater que les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD avaient signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF. Les documents demandés n'ont pas été fournis
E29 3.1.4.6	L'intégralité des transmissions médicales n'est pas retrouvée dans les dossiers des résidents, ce qui contrevient aux attendus réglementaires.
E30 3.2.2.2	En n'assurant pas l'information aux résidents, ou à leur représentant en charge d'une mesure de protection juridique, de la liste des personnes qualifiées et des modalités pratiques de leur saisine, ni des numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique adaptés aux besoins de prise en charge, la direction contrevient aux dispositions de l'article L311.3.6° du CASF
E31 3.2.2.5	La désignation de la personne de confiance prévue par l'article L311-5-1 du CASF n'est pas renseignée dans tous les dossiers des résidents consultés. Ces derniers ne contiennent pas non plus systématiquement une copie du document attestant de la délivrance de l'information sur la personne de confiance, comme exigé par les dispositions de l'article D311-0-4 du CASF.
E32 3.2.3.1	En présentant un taux très élevé (50 %) de contentions, l'accompagnement proposé aux résidents n'est pas individualisé et ne favorise pas son développement et son autonomie, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

E33 3.4.3.7	La mission constate que l'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner est supérieure à 12h00. L'organisation des repas n'est pas formalisée de manière identique dans les différents supports produits et mis à disposition des résidents.
E34 3.4.3.10	Les salariés n'ont eu aucune formation sur les troubles de la déglutition et leurs conséquences délétères pour la sécurité des résidents. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'aide aux repas pour les résidents sujets à des troubles de la déglutition ne sont pas connues des personnels.
E35 3.8.2.2	La traçabilité des soins est insuffisante et ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge des soins courants, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-2 2° du CSP.
E36 3.8.2.4	L'organisation de la distribution des médicaments de l'établissement ne répond pas à la procédure du circuit du médicament.
E37 3.8.2.6 3.8.2.8	La saisie par les IDE des prescriptions du médecin traitant dans l'outil informatique contrevient à la réglementation de l'article R5121-91 2ème alinéa et aux recommandations de bonnes pratiques relatives au circuit du médicament.
E38 3.8.2.22	Concernant la délégation de tâches la mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence une preuve de formation ni une preuve de diffusion au sein de l'établissement et ne respecte pas l'article L.313-26 du CASF et l'article R4311-4 du CSP.
E39 3.8.2.23 3.8.3.6	Le non respect de la procédure et du registre nominatif dans la gestion des stupéfiants et le non respect du contenu du coffre de stockage contrevient aux dispositions de l'article R5132-36 du CSP.
E40 3.8.2.24	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
E41 3.8.3.3	En ne respectant pas la sécurisation de l'accès aux données de santé dans le bureau médical, les professionnels contreviennent aux dispositions de l'article R.4127-45 et L. 1110-4 du CSP et L311-3 4° du CASF.
E42 3.8.3.4	L'armoire à médicaments dans le local infirmerie n'est pas fermée à clé et de ce fait les médicaments sont accessibles à tous, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4312-39 du CSP. Le contrôle de la température de l'enceinte réfrigérée n'est pas encore suffisamment régulier pour s'assurer de la correcte conservation des médicaments thermosensibles.
E43 3.8.3.8	Le chariot d'urgence ou le sac d'urgence, n'est pas fonctionnel le jour de l'inspection/contrôle, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF (sécurité du résident).
E44 3.8.3.9	La signalétique présente au sein de l'établissement matérialise l'emplacement de deux DAE, alors qu'un seul DAE est en place, créant la confusion en cas d'urgence.

Remarques

Numéro	Remarques
R1 1.1.1.2	Le taux d'occupation est inférieur à 95 %.
R2 1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé.
R3 1.2.2.1	Les liens hiérarchiques doivent être mis en évidence dans l'organigramme.
R4 1.2.2.2	Les comptes-rendus de réunion ne sont pas formalisés, au sein de l'EHPAD, ce qui peut fragiliser la continuité de fonctionnement de l'EHPAD et la réalisation des actions d'amélioration de la qualité.
R5 1.2.2.3	Il existe un climat social tendu et le planning des réunions du CSE n'a pas été fourni.
R6 1.2.2.5	Les échanges mensuels entre le gestionnaire et l'EHPAD ne sont pas tracés, ne permettant pas de garantir que le gestionnaire a connaissance des difficultés éventuelles de l'EHPAD et prendre des dispositions, le cas échéant. La procédure d'urgence n'est pas communiquée.
R7 1.2.2.8	Il n'existe pas de procédure écrite organisant la continuité de direction, en l'absence du directeur de l'EHPAD.
R8 1.2.3.5	Les affichages qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets.
R9 1.4.1.1	Le responsable qualité n'est pas désigné au sein de l'EHPAD.
R10 1.4.1.7	Il n'y a pas de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité.
R11 1.5.1.1	Il n'est pas mis à disposition des résidents et des familles de cahier de recueil des réclamations et/ou doléances.
R12 1.5.1.3	Il est constaté une insuffisante connaissance par les équipes de l'EHPAD, des modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.
R13 1.5.1.5	L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
R14 1.5.1.7	Il existe une procédure de déclaration et de gestion des EI liés au circuit du médicament. Cependant, la mission d'inspection/contrôle constate qu'elle n'est pas connue de l'ensemble des professionnels de l'établissement.
R15 2.1.1.7	Toutes les fiches de poste du personnel soignant (sauf IDE) IDE AS, ASG, AES, AMP et AUX/AVS n'ont pas été fournies. Les fiches de poste fournies ne sont pas nominatives et ne sont pas signées.
R16 2.1.2.1	L'EHPAD ne respecte pas les préconisations nationales de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre d'un plan de formation à destination de ses salariés pour une prise en charge adaptée des usagers.
R17 2.1.2.3	A la connaissance de la mission, aucune politique de VAE n'est mise en œuvre au sein de l'établissement. Aucune attestation de formation par le biais de VAE n'a été fournie à la mission.
R18	La mission constate :

67/71

2.1.2.5	- l'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ce qui ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des usagers ; - l'absence d'échanges entre les professionnels de l'établissement, de réunions dédiées aux bonnes pratiques organisées de soutien aux professionnels.
R19 2.1.3.1	Aucun groupe d'analyse des pratiques n'est proposé aux salariés.
R20 2.1.4.1	Les plannings ne sont pas signés, la qualification de tous les agents ne figure pas toujours sur le planning et les unités d'affectation ne sont pas toujours respectées.
R21 2.1.4.2	Les personnels de l'EHPAD ne disposent pas de fiches de poste.
R22 2.1.4.7	La mission n'a pas constaté l'existence de procédure relative aux absences inopinées.
R23 2.3.4.3	La présence de données administratives mélangées à des données médicales a été constatée dans les dossiers médicaux des résidents (groupe sanguin dans le dossier administratif). La mission observe un manque d'organisation dans la gestion et les accès aux données administratives et médicales.
R24 2.4.1.6	Le local aide-soignant, les accès aux terrasses et plusieurs fenêtres ne sont pas verrouillés.
R25 3.1.4.1	La mission a pris en compte la tenue de réunions visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Cependant, elle n'est ni en mesure d'identifier les participants, ni de constater la fréquence, la traçabilité de ces réunions.
R26 3.2.1.1	La participation des familles à l'accompagnement de la personne accueillie n'est pas clairement formalisée.
R27 3.2.2.1	La mission n'a pas constaté l'affichage de la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie.
R28 3.2.4.1	Lors du sondage des dossiers administratifs des résidents, une enveloppe contenant des espèces a été trouvée.
R29 3.3.2.2	Il n'y a pas de volet dédié à l'animation en l'absence de PE.
R30 3.4.1.1	Certaines chambres visitées comportent des traces d'infiltration, de moisissures et des dégradations au niveau du sol.
R31 3.4.3.2	L'affichage de l'enquête de satisfaction sur la restauration n'est pas réalisé.
R32 3.8.2.1	La mission constate que l'essentiel des transmissions inter-équipes est fait oralement ce qui fragilise la prise en charge des soins par une perte de la qualité de l'information.
R33 3.8.2.3	La date d'ouverture des flacons de consommables médicamenteux n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.
R34 3.8.2.7	Il n'existe pas de livret thérapeutique adapté aux besoins de l'EHPAD.
R35 3.8.2.13	L'identitovigilance n'est pas optimale surtout si l'on prend en compte le nombre de professionnels en interim ou en CDD.
R36 3.8.2.17	Les modalités d'utilisation des chariots de médicaments ne sont pas conformes.

R37 3.8.2.18	La traçabilité de la distribution des médicaments n'est pas effectuée en temps réel par les IDE contrairement au protocole de l'établissement et des règles de bonnes pratiques professionnelles.
R38 3.8.2.20	La liste des médicaments à ne pas broyer doit être établie en collaboration entre le pharmacien et le médecin de l'EHPAD et être communiquée à l'ensemble des personnels soignants de l'EHPAD.
R39 3.8.2.25 3.8.2.26	Dans le protocole fourni sur la fin de vie, il n'apparaît pas la question de la personne de confiance, ni des directives anticipées. Certains protocoles de soins fournis nécessiteraient d'être mis à jour.
R40 3.8.3.1	Les locaux dédiés aux soins ne sont pas toujours fermés donc pas toujours sécurisés.
R41 4.2.1.1 4.2.1.5	Les conventions transmises ne correspondent pas à l'ensemble des conventions signées par l'EHPAD avec les différents établissements de santé. Cela ne permet pas de juger de la continuité dans le parcours de soins des résidents.

Conclusion

L'inspection/contrôle de l'EHPAD Saint-Joseph, géré par l'association « ESSAIM DU GATINAIS », a été réalisée de façon inopinée le 08 décembre 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, un défaut de communication managériale et une insuffisance dans la démarche qualité et dans la prise en charge en soins, ne permettant pas à l'EHPAD de respecter pleinement la réglementation en vigueur ou de se conformer à l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques.

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

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
- Sécurité

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

- Coordination avec les autres secteurs

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

Lieusaint, le

Cheffe du Service des Etablissements et du contrôle
qualité

Mme Céline Bouillaud-Dumaine

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

Glossaire

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