

Direction départementale des Hauts-de-Seine

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Résidence La Chamade » (EHPAD) 2 rue des Grands Buissons 92000 NANTERRE N° FINESS 920025202	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2022_0182 Contrôle sur pièces le 18/02/2022	
<u>Mission conduite par</u> ✓ [REDACTED], inspecteur contrôleur désigné par la Directrice générale de l'ARS / Agence régionale de santé d'Ile-de-France ✓ [REDACTED], désignée personne qualifiée / Agence régionale de santé d'Ile-de-France ✓ [REDACTED], référent budgétaire, service contractualisation, tarification et contrôle des ESMS / Conseil départemental des Hauts-de-Seine	
<u>Textes de référence</u>	- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles - Article L. 1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique - Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA :

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs* :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjointer, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
INTRODUCTION	6
A) Contexte de la mission d'inspection	6
B) Modalités de mise en œuvre	6
C) Présentation de l'établissement	6
CONSTATS	8
I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS	9
A) L'encadrement des équipes	9
B) La situation des effectifs	9
C) L'organisation du travail.....	9
II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE	14
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis	14
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents	14
C) La communication avec les familles et le CVS.....	14
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables	14
CONCLUSION.....	19
GLOSSAIRE	21
ANNEXES	22
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	22
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis	25

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

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

Le présent contrôle sur pièces s'inscrit dans ce programme. Il est diligenté par la Directrice générale de l'ARS au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services de la Délégation départementale des Hauts-de-Seine.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire, à partir d'un contrôle sur pièces, une évaluation et une vérification des conditions de fonctionnement de l'EHPAD et de l'organisation de la prise en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme a débuté le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines ;
- La communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

En ce qui concerne le contrôle présent, l'équipe d'inspection a examiné les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines (I) ;
- La communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance (II) ;

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Ce contrôle sur pièces a consisté à demander à l'établissement par courrier du 15 février 2022 un ensemble de 43 documents. Sur ce total, 36 documents ont été reçus les 17 et 18 février 2022 et examinés par la mission de contrôle.

Les éléments manquants sont :

- Organigramme détaillé de l'établissement (1)
- Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure) (4)
- Taux d'occupation par étage et/ou unité, et global (point à date) (8)
- Tableau récapitulatif et nominatif des personnels avec : dates des recrutements, nature des contrats de travail (CDI, CDD et intérim), fonctions exercées, ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (format excel non pdf) (mois de janvier et février 2022) (12)
- Procédure d'accueil des nouveaux professionnels (19)
- Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et dernier rapport de la commission gériatrique annuelle (26)
- Dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019) (37)

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

La mission a identifié 1 écart à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles:

- **Ecart n°1** : Au jour de l'inspection, le poste de MEDEC (prévu à 0,60 ETP) est vacant

La mission a identifié 11 remarques à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles :

- **Remarque n°1** : l'organigramme de l'établissement n'a pas été communiqué
- **Remarque n°2** : La procédure concernant la permanence de direction en cas d'absence de la directrice n'a pas été communiquée
- **Remarque n°3** : L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil des nouveaux professionnels. L'équipe d'inspection a été destinataire d'un livret d'accueil de l'organisme gestionnaire et non celui de l'établissement
- **Remarque n°4** : La convention de partenariat entre l'EHPAD et l'officine est signée mais non datée. La date ajoutée en haut du document n'est pas conforme, elle aurait dû être inscrite au-dessus des signatures
- **Remarque n°5** : Le tableau récapitulatif et nominatif des personnels tel que demandé n'a pas été transmis
- **Remarque n°6** : La méthodologie de calcul des ratios d'encadrement n'est pas précisée
- **Remarque n°7** : Les plannings concernant la journée du 01/02/2022 indiquent l'absence d'AS entre 13h et 15h
- **Remarque n°8** : Le document 7 - Procédure de préadmission et d'admission des résidents ne mentionne pas « l'APA établissement »
- **Remarque n°9** : Le registre des relations avec les usagers (réclamation, suggestion, satisfaction) n'a pas été communiqué en intégralité
- **Remarque n°10** : Les EIG ne sont pas abordés lors des deux CVS transmis
- **Remarque n°11** : Les dates de réunion des commissions de 2019, 2020, 2021 n'ont pas été communiquées à l'équipe d'inspection

INTRODUCTION

A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Résidence La Chamade » situé à Nanterre (92000), dont l'organisme gestionnaire est le groupe La Vie Active.

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

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine ont diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier la gestion des ressources humaines et la communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance.

B) Modalités de mise en œuvre

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

L'équipe d'inspection est constituée de :

- ✓ [REDACTED], inspecteur contrôleur désigné par la Directrice générale de l'ARS / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ [REDACTED], désignée personne qualifiée / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ [REDACTED], référent budgétaire, service contractualisation, tarification et contrôle des ESMS / Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Le contrôle sur pièces a fait l'objet d'un courrier d'annonce du 15 février 2022.

C) Présentation de l'établissement

Situé au 2 rue des Grands Buissons à NANTERRE (92000), l'EHPAD « Résidence La Chamade » est géré par le groupe La Vie Active dont le siège est situé à ARRAS.

Ouvert en 2004, l'EHPAD « Résidence La Chamade » dispose d'une capacité autorisée de 105 lits dont 2 lits d'hébergement temporaire. Il est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer et dispose d'une unité protégée de 33 places. Cet établissement est totalement habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

[REDACTED]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221.

Aussi, le GMP de l'EHPAD est au-dessus du GMP médian régional susmentionné et en dessous du PMP médian régional susmentionné.

Les [REDACTED] résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD, 2020 ¹ dont 2,06% NR	[REDACTED]				
EHPAD, 2021					
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Son budget de fonctionnement prévisionnel est de [REDACTED] € en 2021, dont :

- [REDACTED] € au titre de l'hébergement
- [REDACTED] € au titre de la dépendance
- [REDACTED] € au titre du soin.

Le budget de fonctionnement réalisé en 2020 par l'EHPAD est de [REDACTED] € en 2020, dont :

- [REDACTED] € au titre de l'hébergement,
- [REDACTED] € au titre de la dépendance,
- [REDACTED] € au titre des soins.

La convention tripartite pluriannuelle a été signée par l'établissement le 16 mai 2013 avec le Conseil départemental des Hauts-de-Seine et l'ARS d'Ile-de-France. La négociation du CPOM est prévue en 2023.

¹ Source : RAMA 2020 -

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

CONSTATS

Le rapport est établi au vu des documents reçus par la mission de contrôle.

Consignes de lecture :

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

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

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

Références réglementaires et autres références

CASF
CSP
RBPP HAS

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

A) L'encadrement des équipes

B) La situation des effectifs

C) L'organisation du travail

Grille de contrôle/Gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au budget alloué, absentéisme et recours à l'interim, formations.

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
A. L'ENCADREMENT DES EQUIPES						
- Directeur : Qualification, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission, document unique de délégation de pouvoir (DUD) ?	X				L'établissement a transmis une délégation de pouvoir au bénéfice de la directrice précisant la nature et la référence de la délégation, l'identification du délégant et du délégataire, les conditions et le champ de la délégation.	D. 312-176-5 à -9 du CASF (DUD et qualification ?)
Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD					La qualification et les diplômes de la directrice de l'établissement sont conformes.	L. 315-17 et D. 315-67 à 71 du CASF (EHPAD publics)
Cf. 3. Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD					La directrice dispose d'une fiche de poste précisant les missions confiées.	Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
Cf. 13. FP directeur					Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2022 a déjà été constitué, par contre l'organigramme de l'établissement n'a pas été communiqué.	
-le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2022 est-il fixé ?	X		X	R		
Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement						
Cf. 4. Calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2022	X					
A L'EXAMEN DES DOCUMENTS TRANSMIS : la permanence de direction est-elle organisée si absence du directeur (note/procédure) ?	X				La procédure concernant la permanence de direction en cas d'absence de la directrice n'a pas été communiquée.	
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire aux catégories de personnel recensées par le CASF ?			X	E	La prise en charge des résidents est assurée par une équipe pluridisciplinaire, cependant, le poste de MEDEC (prévu à 0,60 ETP) est actuellement vacant.	D. 312-155-0, II du CASF
Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement						
-MEDEC : ETP conforme à la capacité de l'EHPAD ? Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ?					L'établissement a transmis la fiche de poste du MEDEC.	D. 312-156 (ETP), D. 312-157 ⁴ et D. 312-159-1 du CASF
Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDEC						HAS, 2012 ⁶ HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019
Cf. 13. FP medec						
-IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ?	X				L'établissement a transmis la fiche de poste et le diplôme de l'IDEC	D. 312-155-0, II du CASF
Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEC						HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019
Cf. 13. FP iddec						HAS, 2011 ⁷ Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP

³ Cf. site internet : http://www.synepa.fr/extranet/maif/upload/document/document_90.pdf

⁴ D. 312-155-0, II du CASF : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. »

⁵ Article D. 312-157, CASF : « Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatriologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. »

⁶ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

⁷ HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

<p>-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste⁸ et dossier RH type, remise de documents : RF...</p> <p>Cf. 19. Procédure d'accueil des nouveaux professionnels</p> <p>-Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N+1</p> <p>Cf. 14 et 20</p>	X	R	L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil des nouveaux professionnels. L'équipe d'inspection a été destinataire d'un livret d'accueil de l'organisme gestionnaire et non celui de l'établissement.	HAS, 2008 ⁹
<p>-Attestations de formations suivies 2019 et 2021</p> <p>Cf. 21</p> <p>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : les formations prévues/réalisées portant-elles notamment sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pratiques professionnelles, -bien-être/prévention de la maltraitance, -bon usage des outils et équipements de travail ? <p>Copie des registres des délégués du personnel</p> <p>Cf. 23</p> <p>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : ces registres sont-ils remplis, actualisés ? (formalisation du dialogue social à l'échelle de l'établissement)</p> <p>Des contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD sont-ils formalisés?</p> <p>Cf. 24</p>	X		<p>Les plans de formation 2019, 2021 et 2022 ont été communiqués, ainsi que les attestations des formations suivies.</p> <p>Les formations réalisées portent sur les pratiques professionnelles, le bon usage des équipements de travail et sur la bientraitance.</p>	HAS, 2008 ¹⁰
<p>L'EHPAD dispose-t-il d'une liste nominative des médecins traitants des résidents ?</p> <p>Cf. 25</p>	X		<p>L'établissement a communiqué les comptes rendus des instances du personnel sur la période février 2019 à janvier 2022.</p> <p>L'établissement a transmis les contrats d'intervention de kinésithérapeutes signés en 2020 et une convention de partenariat entre l'EHPAD et l'officine signée mais non datée. La date ajoutée en haut du document n'est pas conforme, elle aurait dû être inscrite au-dessus des signatures.</p> <p>Une liste nominative de médecins traitants a été communiquée.</p>	<p>Pour information car hors champ ARS : Article L. 2315-22, code du travail</p> <p>L. 314-12, CASF (arrêté du 30/12/2010)</p>

⁸ Par ex. : travail en double, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles, remise du RF, ...

⁹ HAS, ex-ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

¹⁰ HAS, ex-ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

B. LA SITUATION DES EFFECTIFS					D. 312-155-0, II du CASF ¹¹
-Conformité de l'équipe pluridisciplinaire (fonctions exercées) en janvier et février 2022 avec les catégories de personnel recensées au CASF ? -Ancienneté à date (part des agents ayant +/- 5 ans) ? -Part des postes occupés par des agents en CDI, en CDD, en intérim ? -Effectif et fonctions des équipes de nuit ? Cf. 12. Tableau récapitulatif et nominalif des personnels avec : dates des recrutements, nature des contrats de travail (CDI, CDD et intérim), fonctions exercées, ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (mois de janvier et février 2022)	X			Voir item ratios d'encadrement (cf. 12bis).	
Ratios d'encadrement ¹² : - nombre d'AS présents le 1 ^{er} /02/2022 / nombre de résidents présents ? - nb d'IDE présents le 1 ^{er} /02/2022 /nb de résident présents ? - nb d'ASH présents le 1 ^{er} /02/2022 / nb de résidents présents ? (cf. 12bis)	X	X	R	Le tableau récapitulatif et nominalif des personnels n'a pas été transmis (cf. 12). Les types de contrat de travail sont indiqués pour les salariés présents le 17/02/2022 ainsi que les ETP. En revanche, les dates de recrutement sont manquantes.	Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ? L.311-3 et L.312-1, II, 4ème alinéa, CASF et HAS ¹³
Les conventions de stage des élèves et stagiaires actuellement présents le jour de la visite d'inspection ? (cf. 17)	X	X	R	On note l'absence d'information sur la méthodologie de calcul de ces ratios. Les ratios sont présentés par l'établissement, l'équipe d'inspection remarque un faible taux d'encadrement pour les ASL. Deux élèves IDE sont accueillis en stage du 14/02 au 24/04/2022 au sein de l'établissement et disposent d'une convention.	Cf. Arrêtés de formation, par ex. : AS (article 17, arrêté 10/06/2021), AES (article 9, arrêté 31/08/2021), IDE (§6, annexe 3, arrêté du 31/07/2009)
C. L'ORGANISATION DU TRAVAIL					

¹¹ Article D. 312-155-0, II du CASF : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psychopédagogiques. »

¹² Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021

¹³ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

Les fiches de tâches heureées des ASI/ASG/AES de jour ? Cf. 15.	X		Les fiches de tâches heureées des AS sont fournies, celles-ci sont bien détaillées.	L. 311-3 ¹⁴ (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa du CASF et HAS ¹⁵
Les fiches de tâches heureées des ASH ? Cf. 16	X		Les fiches de tâches heureées des ASL sont fournies, celles-ci sont bien détaillées.	L. 311-3 (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 ^{ème} alinéa du CASF et HAS ¹⁶
Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission): novembre, décembre 2021 et janvier, février 2022 Cf. 22 A L'EXAMEN DES DOCUMENTS TRANSMIS : La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ? Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ? Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit prévus ?	X	X R	Le planning des équipes d'AS a été adressé à l'équipe d'inspection, cependant on constate que pour la journée du 01/02/2022, aucune présence d'AS entre 13h et 15h (cf. 12 bis [REDACTED]). Or, les fiches heureées prévoient des pauses déjeuner alternées (13h-14h et 14h-15h) entre les AS à chaque étage (cf.15).	

¹⁴ Article L. 311-3, CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement : (...) ».

¹⁵ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

¹⁶ HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

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

A) Le nombre et le profil des résidents accueillis

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

C) La communication avec les familles et le CVS

D) La gestion des réclamations et des évènements indésirables

Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
A. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ? Cf. 10. Registre des entrées et des sorties	X			Un extrait du registre des entrées et des sorties sur la période du 01/01/2021 au 31/12/2021 a été transmis à l'équipe d'inspection.	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis à date ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ? Cf. 6. Liste des résidents pris en charge à date avec : date de naissance, sexe, provenance (domicile, autres éts), codes postaux du domicile d'origine et n° chambre/unité/étage	X			Au 17 février 2022, le taux d'occupation global serait de 93,33%. (Source liste nominative des résidents par chambre sur la journée « flash » du 17/02/2022). Le document 6 fait état de 98 résidents dont 2 hospitalisés.	Conformité à l'arrêté d'autorisation ?
-Taux d'occupation par étage et/ou unité ? -Taux d'occupation global (évolution mensuelle et à date) ? Cf. 6. Liste des résidents pris en charge à date avec : date de naissance, sexe, provenance (domicile, autres éts), codes postaux du domicile d'origine et n° chambre/unité/étage Cf. 8. Taux d'occupation par étage et/ou unité, et global (évolution mensuelle 2021 et point à date)	X			La pièce n°8 ne fait pas mention du taux d'occupation par étage au 17 février 2022. Le comptage des chambres a été réalisé sur les plans et croisé avec le rapport d'évaluation externe page 8 (cf. 38) par l'équipe d'inspection (cf.6). Les taux d'occupation sur la base de 105 lits seraient les suivants : - 1 ^{er} étage : 30 résidents sur 33 lits soit 90,91% de taux d'occupation - 2 ^{ème} étage : 33 résidents sur 36 lits soit 91,67% de taux d'occupation - 3 ^{ème} étage : 35 résidents sur 36 lits soit 97,22% de taux d'occupation	Conformité au taux d'occupation régional cible (cf. le ROB 2021) ?
Evaluation de la dépendance des résidents à date ? Cf. 9. Actualisation des données GIR en 2021 (par étage et/ou unité)	X			La pièce n°9 fait état du GMP au 31/12/2021 donc ne liste pas les résidents avec leur GIR au 17/02/2022. [REDACTED] Le GMP par étage au 31/12/2021 est communiqué sur ce document (sans précision du numéro de l'étage) : - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]	Articles R. 332-18 ¹⁷ et D. 312-158, 4° du CASF ¹⁸

¹⁷ Article R. 232-18, CASF : « Le niveau de perte d'autonomie des résidents est déterminé dans chaque établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles R. 314-170 à R. 314-170-7 ou, à défaut, sous la responsabilité d'un médecin conventionné au titre de l'assurance maladie. »

¹⁸ Article D. 312-158, CASF : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (...) 4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (...) ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Nombre et mode de sortie des patients en 2021 Cf. 11. Nombre et mode de sortie des patients en 2021	X			<p>Le document précisant le nombre et mode de sortie (cf.11) est communiqué à l'équipe d'inspection : 31 sorties dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 décès dans l'établissement, - 5 décès hors établissement, - 3 transferts vers un autre établissement, - 4 changements de type de séjour, - 3 réintégrations de domicile (dont 1 pour un accueil temporaire). 	

B. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS					Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158, CASF R. 311-33 à 37 CASF (RF) D. 312-158, alinéa 2° du CASF (avis du MEDEC)
La procédure de préadmission et d'admission des résidents est-elle formalisée ? conforme aux textes et RBP en vigueur ? Cf. 7. Procédure de préadmission et d'admission des résidents	X			Trois documents sont communiqués à l'équipe d'inspection : - Preadmission et validation de l'admission du résident (cf.7) - Admission, réorientation et sortie d'un résident en unité de vie Alzheimer (UVA) (cf.7) - Admission d'urgence (cf.7) En page 4 du premier document, partie IV Détails de la procédure, paragraphe « comment informer les personnes âgées et les familles qui font une demande d'entrée en établissement » 8ème retrait il manque « APA établissement ».	
C. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS					L. 1110-4, CSP
<p>-Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles 2020 à aujourd'hui ? cf. 34</p> <p>-Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles ? cf. 35</p> <p>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?</p> <p>Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? (ex. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire interne, rencontre avec une personne en particulier ou « référent »)</p>	X		R	<p>Une copie du registre des relations avec les usagers (réclamation, suggestion, satisfaction) ouvert en 2017 est adressée à l'équipe d'inspection. La copie contient 5 réclamations et 1 satisfaction (page 1/4) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 réclamations et 1 satisfaction en 2020 - 1 réclamation en 2021 - 1 réclamation en 2022 <p>On note un faible nombre de réclamations sur la période.</p> <p>Les pages intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de suivi immédiat de l'appréciation de l'utilisateur (2/4) - de procédure d'examen secondaire (3/4) - de conclusion (4/4) <p>ne sont pas communiquées.</p> <p>En l'absence de ces pages, l'équipe d'inspection ne peut pas constater les suites données aux réclamations.</p> <p>Le document « La procédure de Gestion des Plaintes et Réclamations » (cf.35) a été transmis à l'équipe d'inspection. Cette procédure, non signée, précise entre autre la conduite à tenir par le personnel de l'établissement dans le cas de réclamation ou de plainte de résidents, de familles ou de proches. Si la réclamation ou la plainte est adressée par écrit (courrier, courriel, RAR) directement au directeur, celui-ci répondra par écrit selon le mode d'émission. La possibilité de rencontre avec une personne en particulier ou un référent n'est pas inscrite dans cette procédure.</p>	
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? Cf. 36	X			<p>La composition des représentants du CVS (décembre 2021) a été adressée à l'équipe d'inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 représentants des résidents (dont la Présidente du CVS) - 2 représentants des familles - 2 représentants du personnel - 1 administrateur 	D. 311-3 à 32-1, CASF

<p>Compte-rendu des 2 derniers CVS et dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019) ? Cf. 37</p> <p>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : appréciation sur la fréquence des CVS, la qualité des échanges, le respect par la direction d'aviser le CVS des dysfonctionnements ou EI graves, formalisme respecté (OJ préalable et CR) ?</p>	X		<p>Les relevés de décisions et comptes rendus des CVS du 8/12/2021 (lettre de convocation du CVS datée du 1/12/2021 avec ordre du jour, fiche d'émargement) et du 31/05/2021 (pas de lettre de convocation transmise) ont été communiqués à l'équipe d'inspection. La réunion du CVS prévue en septembre 2021 ne s'est pas tenue.</p> <p>Les dysfonctionnements sont abordés (par exemple : difficultés relationnelles avec une famille/mise en place d'une proposition de médiation, information sur le matériel mis en maintenance, repas servis en étage pas suffisamment chaud/rappel auprès des professionnels, quelques difficultés rencontrées avec le prestataire restauration/prévision de rencontre de la Direction avec le prestataire).</p> <p>Les EIG ne sont pas abordés lors de ces deux CVS.</p> <p>La commissions des menus était programmée mi-décembre 2021.</p> <p>Les autres dates de réunion des commissions de 2019, 2020 2021 n'ont pas été communiquées à l'équipe d'inspection.</p>	<p>D. 311-3 à 32-1, CASF R. 331-10, CASF (dysfonctionnements graves et EIG)</p>
<p>D. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIEN-ETRE</p> <p>L'établissement a-t-il réalisé des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles ?</p> <p>En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?</p> <p>Cf. 38. Rapport d'EE</p>	X		<p>Le rapport de l'évaluation externe (2015) a été transmis à l'équipe d'inspection. Celui-ci fait état entre autre d'enquête de satisfaction réalisée en 2013, de questionnaire sur l'animation en 2014, participation des résidents aux commissions menus (organisation tous les trimestres).</p> <p>Le rapport d'évaluation externe (cf.38) fait état en page 23 de deux grilles d'analyse repères pour la mise en œuvre et mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance). En 2015, ces grilles n'étaient pas communiquées aux professionnels de l'établissement.</p> <p>Dans le livret d'accueil du personnel, le gestionnaire « la Vie Active » (cf.19) inscrit la lutte contre la violence et la maltraitance dans ses domaines d'intervention.</p>	<p>L312-8, D312-203, D312-205 CASF Instruction ministérielle DGAS/ZA n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS¹⁹</p>

¹⁹ HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

CONCLUSION

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence la Chamade, géré par l'Association La Vie Active a été réalisé le 18 février 2022 à partir des documents transmis par l'établissement les 17 et 18 février 2022.

La mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements en matière :

- **De gestion des ressources humaines :**

Ecart n°1

Au jour de l'inspection, le poste de MEDEC (prévu à 0,60 ETP) est vacant

Remarque n°1

L'organigramme de l'établissement n'a pas été communiqué

Remarque n°2

La procédure concernant la permanence de direction en cas d'absence de la directrice n'a pas été communiquée

Remarque n°3

L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil des nouveaux professionnels. L'équipe d'inspection a été destinataire d'un livret d'accueil de l'organisme gestionnaire et non celui de l'établissement

Remarque n°4

La convention de partenariat entre l'EHPAD et l'officine est signée mais non datée. La date ajoutée en haut du document n'est pas conforme, elle aurait dû être inscrite au-dessus des signatures

Remarque n°5

Le tableau récapitulatif et nominatif des personnels tel que demandé n'a pas été transmis

Remarque n°6

La méthodologie de calcul des ratios d'encadrement n'est pas précisée

Remarque n°7

Les plannings concernant la journée du 01/02/2022 indiquent l'absence d'AS entre 13h et 15h

- **De communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes :**

Remarque n°8

Le document 7 Procédure de préadmission et d'admission des résidents ne mentionne pas « l'APA établissement »

Remarque n°9

Le registre des relations avec les usagers (réclamation, suggestion, satisfaction) n'a pas été communiqué en intégralité

Remarque n°10

Les EIG ne sont pas abordés lors des deux CVS transmis

Remarque n°11

Les dates de réunion des commissions de 2019, 2020, 2021 n'ont pas été communiquées à l'équipe d'inspection

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

<div></div> <p>Inspecteur contrôleur, ARS</p>	<div></div> <p>Cheffe du service contractualisation, tarification et contrôle des ESMS, CD92 Pour Marie le Guen référent budgétaire</p>
<div></div>	<div></div>
<div></div> <p>Chargée de missions, personne qualifiée ARS</p>	
<div></div>	

GLOSSAIRE

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

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation Départementale des Hauts-de-Seine



Nanterre, le 15 février 2022

Mesdames, Messieurs,

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

Ce programme a pour objectif de faire, sur place ou sur pièces, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Il prend en compte les axes suivants :

1. La gestion des ressources humaines
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

L'établissement « EHPAD « Résidence La CHAMADE », N°FINESS 920025202, géré par le Groupe La Vie Active » a été inscrit dans le cadre de ce programme au titre d'un contrôle sur pièces, qui débutera à compter du 15 février 2022.

Le contrôle portera prioritairement sur les thématiques suivantes :

- Gestion des ressources humaines
- Communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;

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

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ainsi que L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique, sera réalisée :

- pour l'ARS par :

o

o

- pour le Conseil Départemental par :

o

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai de huit jours à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Toutefois, si les constats qui seront faits sont susceptibles de conduire à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

Les décisions définitives seront adressées à l'inspecté après la clôture de la procédure contradictoire.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

P/ Le Président du Conseil départemental
des Hauts-de-Seine
Et par délégation



Elodie MARCHAT

P/La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France
Le directeur de la délégation départementale
des Hauts de Seine



Renaud PELLE

Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

N°	Document	A transmettre	Transmis
1	Organigramme détaillé de l'établissement	Oui	Non
2	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Oui	Oui
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Oui	Oui
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Oui	Non
5	Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022	Oui	Oui
6	Liste non nominative des patients actuellement pris en charge, avec : date de naissance, sexe, provenance (domicile, autres établissements), codes postaux du domicile d'origine et n°chambre/unité/étage	Oui	Oui
7	Procédure de pré-admission et d'admission des résidents	Oui	Oui
8	Taux d'occupation par étage et/ou unité, et global (évolution mensuelle 2021 et point à date)	Oui	Non
9	Actualisation des données GIR en 2021 (par étage et/ou unité)	Oui	Oui
10	Registre non nominatif/anonymisé des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Oui	Oui
11	Nombre et mode de sortie des patients en 2021	Oui	Oui
12	Tableau récapitulatif et nominatif des personnels avec : dates des recrutements, nature des contrats de travail (CDI, CDD et intérim), fonctions exercées, ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (format excel non pdf) (mois de janvier et février 2022)	Oui	Non
12bis	Ratios d'encadrement ²⁰ : nombre d'AS présents le 1 ^{er} /02/2022 / nombre de résidents présents ; nb d'IDE présents le 1 ^{er} /02/2022 /nb de résident présents ; nb d'ASH présents le 1 ^{er} /02/2022 /nb de résidents présents.	Oui	Oui
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Oui	Oui
14	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Oui	Oui
15	Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	Oui	Oui
16	Les fiches de tâches heurées des ASH	Oui	Oui
17	Les conventions de stage des élèves et stagiaires actuellement présents le jour de la visite d'inspection	Oui	Oui

²⁰ Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021

18	<i>Vaccination anti-grippale et anti-Covid réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés/dispensés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
19	<i>Procédure d'accueil des nouveaux professionnels</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
20	<i>Plan de formation réalisés 2019/2021</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
21	<i>Liste d'émargement des formations 2019 et 2021</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
22	<i>Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission): novembre, décembre 2021 et janvier, février 2022</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
23	<i>Copie des registres des délégués du personnel</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
24	<i>Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
25	<i>Liste nominative des médecins traitants des résidents</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
26	<i>Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et dernier rapport de la commission gériatrique annuelle</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
27	<i>Liste des investissements/petits matériels acquis en 2020 et 2021 en lien avec la prise en charge de la dépendance</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
28	<i>Inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisables (extracteurs d'O2, bouteilles O2, VNI, nébulisateurs, pompes de nutrition, seringues électriques, aspirateurs, VAC (?), bladder scan, lits fluidisés (locations en cours), dispositifs de levage</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
29	<i>Factures des commandes/stock/inventaire, des consommables (protection, pansements, compléments alimentaires, crèmes pour la prévention des escarres)</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
30	<i>Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
31	<i>Le récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
32	<i>Registre de sécurité</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
33	<i>Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
34	<i>Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles 2020 à aujourd'hui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
35	<i>Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
36	<i>Composition de la CVS, Commission de la vie sociale</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>

37	<i>Compte-rendu des 2 derniers CVS et dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019).</i>	Oui	Non
38	<i>Les résultats de la dernière évaluation externe de l'EHPAD</i>	Oui	Oui

Autres documents demandés :

- *Liste nominative des résidents par chambre présents sur une journée « flash » soit le jeudi 17 février 2022 ;*
Transmis : Oui
- *Liste des salariés présents ce même jour le jeudi 17 février 2022 ;*
Transmis : Oui
- *Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) jeudi 17 février 2022, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires ;*
Transmis : Oui
- *Plan des locaux.*
Transmis : Oui

