

Délégation départementale de Seine-Saint-Denis

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) Résidence Les Quatre Saisons
Adresse 73 rue Louise Michel à Bagnolet
N° FINESS 930019344**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023 IDF 00485
Contrôle sur place le [REDACTED]**

Mission conduite par

- Madame [REDACTED], chargée de mission Inspection contrôle ARS, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame [REDACTED], Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France ;
- Monsieur [REDACTED], gestionnaire administratif financier personnes âgées, Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, ARS Ile-de-France ;
- Monsieur [REDACTED], élève Directeur d'Etablissement sanitaire, social et médico-social, Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, ARS Ile-de-France
- Docteur [REDACTED], médecin, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame [REDACTED], cheffe du service de l'offre médico-sociale / Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis ;
- Monsieur [REDACTED], chargé de développement de l'offre médico-sociale / Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis ;
- Monsieur [REDACTED], chargé de développement de l'offre médico-sociale / Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
INTRODUCTION	5
CONTEXTE DE LA MISSION D'INSPECTION	5
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	5
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	5
CONSTATS.....	8
1. GOUVERNANCE	9
1.1. CONFORMITE AUX CONDITIONS DE L'AUTORISATION	9
1.2. MANAGEMENT ET STRATEGIE.....	12
1.3. ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES	23
1.4. GESTION DE LA QUALITE	25
1.5. GESTION DES RISQUES, DES CRISES ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES	28
2. FONCTIONS SUPPORT	31
2.1. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	31
2.2. GESTION BUDGETAIRE ET FINANCIERE	40
2.3. GESTION D'INFORMATION	45
2.4. BATIMENTS, ESPACE EXTERIEURS ET EQUIPEMENT	56
2.5. SECURITE	58
3. PRISES EN CHARGE	61
3.1. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADMISSION A LA SORTIE.....	61
3.2. RESPECT DES DROITS DES PERSONNES	68
3.3. VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE.....	72
3.4. VIE QUOTIDIENNE. HEBERGEMENT :	74
3.5. SOINS.....	78
4. RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR	131
4.1. COORDINATION AVEC LES AUTRES SECTEURS.....	131
RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	135
ÉCARTS	135
REMARQUES.....	139
CONCLUSION	148
GLOSSAIRE	149
ANNEXES	150
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DES AGENTS CHARGES DU CONTROLE	150
ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES HORS TABLEAU RH ET RELEVÉ DES DOCUMENTS TRANSMIS.	152
ANNEXE 3 : TABLEAU RH RENSEIGNÉ.	156

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion budgétaire et financière
8. Gestion d'information
9. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
10. Sécurités

PRISE EN CHARGE

11. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
12. Respect des droits des personnes
13. Vie sociale et relationnelle
14. Vie quotidienne - Hébergement
15. Soins

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

- La fiche de poste du directeur ne mentionne pas toutes les missions réglementaires, ce qui contrevient aux dispositions du CASF,
- L'organisation actuelle de la gouvernance de l'EHPAD entraîne des dysfonctionnements et une confusion dans la conduite générale de l'établissement et dans l'organisation du travail des équipes, ce qui engendre in fine une dégradation de l'accompagnement des résidents,
- L'absence de transmission des protocoles et procédures de soins et de documents retraçant l'effectivité des soins médicaux et paramédicaux dispensés n'a pas permis aux agents de la mission d'inspection de faire les constats nécessaires au bon déroulement de l'inspection contrôle réalisée les 13 et 14 juin 2023,
- L'absence de coordination médicale et paramédicale : le poste de médecin coordonnateur n'est pas pourvu depuis décembre 2022. Par ailleurs, l'IDE recrutée sur le poste d'IDEC depuis [REDACTED], n'a pas de formation ni d'expérience de coordination.

Cette situation génère des risques sur la prise en charge des personnes âgées et le management des professionnels,

- L'absence de transmission des documents budgétaires aux autorités de tarification dans les délais impartis.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD résidence les 4 saisons, situé à Bagnolet, n°FINESS ET 930019344, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le [REDACTED], sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis.

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion budgétaire et financière
8. Gestion d'information
9. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
10. Sécurité

PRISE EN CHARGE

11. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
12. Respect des droits des personnes
13. Vie sociale et relationnelle
14. Vie quotidienne - Hébergement
15. Soins

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

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé au 73 rue Louise Michel à Bagnolet, l'EHPAD résidence les Quatre Saisons est un établissement public territorial géré par le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) des villes de Bagnolet et Romainville.

La résidence des Quatre Saisons était à l'origine une Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes de 65 places d'hébergement permanent, ouverte en 2001.

L'EHPAD est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon l'ERRD 2022, le GMP s'élève à 757 et le PMP à 207¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux pour ce qui concerne le PMP et en dessous des chiffres médians régionaux pour ce qui concerne le GMP.

Malgré plusieurs relances, la mission d'inspection n'a pas été destinataire des données GIR de l'EHPAD les Quatre saisons.

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2023	■	■	■	■	■
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen

Le budget de fonctionnement est de ■ en 2023, dont ■ au titre de l'hébergement et ■ au titre du soin.

Le calendrier d'élaboration du CPOM est le suivant : négociation d'un CPOM en ■, avec signature au ■.

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	Résidence Les Quatre Saisons		
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre Intercommunal d'Action Sociale de Bagnolet et Romainville		
Numéro FINESS géographique	930019344		
Numéro FINESS juridique	930019336		
Statut juridique	Public territorial		
Option tarifaire	Partielle		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	60	60
	HT	5	5
	PASA		
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	65		

	Année 2023
PMP Validé	■
GMP Validé	■

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

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

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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. <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique		
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Statut juridique de la structure</u>	<p>L'EHPAD Les Quatre Saisons est un EHPAD public territorial géré par le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) des communes de Bagnolet et Romainville.</p> <p>Le CIAS de Bagnolet et Romainville a été créé dans l'objectif de porter et de gérer l'autorisation de l'Ehpad. Le CIAS n'exploite pas d'autre autorisation que celle de l'EHPAD des Quatre Saisons.</p> <p>Un syndicat intercommunal pour la construction, l'équipement et la gestion d'une maison d'accueil pour les personnes âgées dépendantes (SICEG) a également été créé par délibération des conseils municipaux de Bagnolet et Romainville afin de financer l'opération immobilière de construction.</p> <p>Le SICEG a également le rôle de bailleur de l'établissement.</p> <p>Remarque n° 1: La mission d'inspection n'a pas été destinataire des délibérations de créations du CIAS et du SICEG.</p>	L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Conformité aux conditions d'autorisation</u></p> <p><u>Taux d'occupation au jour du contrôle</u></p>	<p>L'EHPAD Les Quatre Saisons a été créé par arrêté conjoint du Président du Conseil général de Seine-Saint-Denis et du Préfet de la Seine-Saint-Denis N°01-2817 du 29 juin 2001.</p> <p>Il dispose de 60 places en hébergement permanent et 5 places en hébergement temporaire depuis son ouverture en 2002.</p> <p>Le fonctionnement de l'EHPAD est conforme aux conditions d'autorisation.</p> <p>Au jour de la visite le nombre de résidents présents dans la structure s'élève à ■ (données tableau transmis l'EHPAD), soit un taux d'occupation moyen de ■%.</p>	<p>L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</p> <p>L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation)</p> <p>R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée)</p> <p>D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans)</p> <p>D312-155-0-1 CASF (PASA)</p> <p>D312-155-0-2 CASF (UHR)</p> <p>D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)</p>
1.1.1.3	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)</u>	Le tableau de programmation des CPOM conjoint ARS/CD prévoit le passage en CPOM de l'EHPAD les quatre saisons au ■.	<p>L313-11 CASF (CPOM)</p> <p>L313-12 (contenu CPOM)</p>

1.1.2.0	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		
1.1.2.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Caractéristiques de la population accueillie</u>	<p>Au jour de la visite l'EHPAD Les Quatre Saisons accueille 60 résidents répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age moyen : ■■ ans - ■■ résidents bénéficient d'un régime de protection juridique, dont ■ sous sauvegarde de justice, ■ sous curatelle simple, 6 sous curatelle renforcée, ■ sous tutelle à la personne et 8 sous tutelle aux biens et à la personne. <p>Remarque n° 2 : la mission n'a pas été destinataire des données concernant l'état de santé, état de dépendance et l'état de handicap des résidents.</p>	<p>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")</p> <p>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).</p>

1.2. Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.1.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'Établissement, projet de service...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique et Managérial		
1.2.1.1	Management et Stratégie	<u>Affichage et validité du règlement de fonctionnement</u>	<p>Un règlement de fonctionnement dont la dernière mise à jour date du mois de [REDACTED] a été remis à la mission d'inspection. Le jour de la visite la mission constate que le règlement de fonctionnement n'est pas affiché.</p> <p>Il est indiqué dans le règlement de fonctionnement qu'il a été approuvé par le Conseil d'Administration du CIAS le [REDACTED] et a été soumis à l'avis du CVS le [REDACTED].</p> <p>-----</p> <p>Écart n°1 : La mission constate que le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au jour de la visite et que sa dernière mise à jour date de plus 5 ans, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF)</p> <p>-----</p>	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.1.2	Management et Stratégie	<u>Contenu du règlement de fonctionnement</u>	<p>Le règlement de fonctionnement contient les dispositions obligatoires suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le respect des droits des personnes prises en charge, - L'organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - Les modalités d'association des familles, - La sûreté des personnes et des biens, - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - L'organisation des soins, - La délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - Les règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, <p>Remarque n° 3 : le règlement de fonctionnement ne comporte pas les dispositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, -Les sanctions des faits de violence sur autrui, -Les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles. 	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.3	Management et Stratégie	<u>Projet d'établissement</u>	<p>Le projet d'établissement transmis a été élaboré en [REDACTED]. Sa validité a pris fin en [REDACTED].</p> <p>Le document transmis à la mission d'inspection comporte un volet dédié aux soins.</p> <p>Il n'est pas précisé si le projet d'établissement a été élaboré en collaboration avec le personnel et des résidents.</p> <p>Lors de son entretien, la directrice de l'établissement a indiqué que le projet d'établissement sera travaillé, avec les professionnels, dès le mois de septembre afin d'être opérationnel à la fin de l'année.</p>	<p>L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans)</p> <p>D311-38 du CASF (projet de soins dans PE, soins palliatif)</p> <p>D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p>R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)</p> <p>D312-158, 1° (projet général de soins) du CASF</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Ecart n°2 : Le projet d'établissement est obsolète depuis ■■■ ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009
1.2.1.4	Management et Stratégie	<u>Contenu du projet d'établissement</u>	<p>Le projet d'établissement contient les volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le management de l'EHPAD, - 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, - La personnalisation des PVI, - Un projet d'animation, - Une évaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs <p>Remarque n° 4 : le projet d'établissement ne contient pas les volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), -La présentation des enjeux et mission, -Les caractéristiques des personnes accueillies, -La nature de l'offre de service et organisation, -La bientraitance et prévention maltraitance, -Les perspectives d'évolution et de développement. 	<p>L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé)</p> <p>D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs)</p> <p>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)</p> <p>D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE)</p> <p>RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS</p>
1.2.1.5	Management et Stratégie	<u>Plan bleu</u>	<p>Le plan bleu de l'EHPAD Les Quatre Saisons date de 2020.</p> <p>Ecart n°3 : : le plan bleu n'a pas été actualisé depuis ■ ans.</p> <p>Ce plan contient :</p>	<p>L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge)</p> <p>D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p>D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique)</p> <p>Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Remarque n° 6 : la mission constate que l'organigramme n'est pas affiché le jour de la visite.	
1.2.2.2	Management et Stratégie	<u>CODIR / COMEX / COPIL</u>	<p>Lors de son entretien, la directrice de l'établissement a indiqué à la mission d'inspection que le CODIR est composé de la Directrice, la Responsable Administrative et Financière, l'animatrice, la cadre de santé, le MEDCO, la psychologue, le cuisinier et la Responsable RH. La directrice a également précisé à la mission, que le CODIR ne s'était pas tenu depuis le mois [REDACTED], en raison des absences de ses membres.</p> <p>Remarque n° 7: malgré plusieurs demandes, la mission n'a pas été destinataire des compte-rendu du CODIR et n'a pas eu de précision sur l'organisation de ses réunions.</p>	
1.2.2.3	Management et Stratégie	<u>Climat social</u>	<p>Remarque n° 8 : Lors de la visite d'inspection, le climat social de l'établissement est perturbé pour plusieurs raisons :</p> <p>-Un suivi RPS est en cours suite à la [REDACTED]</p> <p>-Le manque de clarté dans la répartition des rôles entre [REDACTED].</p>	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.4	Management et Stratégie	<u>Relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire</u>	<p>La directrice dispose d'un document de délégation de signature datant du [REDACTED]</p> <p>Ecart n°6 : En ne précisant pas la nature et l'étendue de la délégation notamment en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; - gestion et animation des ressources humaines ; - gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; - coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.» 	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>L'établissement contrevient à l'article D. 312-176-5 du code de l'action sociale et familles</p> <hr style="border-top: 1px dashed #00AEEF;"/> <p>Lors de son entretien, [REDACTED] a indiqué à la mission d'inspection qu'il n'y avait aucune procédure élaborée concernant les relations entre l'organisme gestionnaire de l'établissement et la direction de l'établissement.</p> <p>Selon [REDACTED], le [REDACTED] est présent dans l'établissement tous les deux jours.</p> <p>Des réunions informelles ont lieu entre le [REDACTED] et la [REDACTED] à la demande du celui-ci, sans convocation préalable, ni compte-rendu.</p> <p>D'autre part, le [REDACTED] a confirmé à la mission qu'il n'y avait aucune procédure concernant les relations avec l'organisme gestionnaire et la directrice.</p>	
1.2.2.5	Management et Stratégie	<u>Champ de compétence du directeur</u>	<p>Au jour de la visite une directrice à temps plein est présente au sein de l'EHPAD Les Quatre Saisons.</p> <p>La directrice n'exerce pas dans plusieurs établissements et dispose d'une fiche de poste.</p> <p>Le champ de compétences de la directrice, sous l'autorité du Président du CIAS comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - La gestion juridique et budgétaire, - L'encadrement et l'animation d'une équipe pluridisciplinaire, - L'accueil et l'information des résidents et de leurs familles, - Le contrôle de l'ensemble des actes juridiques du SICEG, - La coordination avec les institutions et intervenants extérieurs <p>La gestion des ressources humaines ne rentre pas dans le champ de compétence de la directrice.</p>	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	Références juridiques et RBPP
			<p>Ecart n°7 : La fiche de poste du directeur ne mentionne pas toutes les missions réglementaires, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.</p>	
1.2.2.6	Management et Stratégie	<u>Qualification du directeur de l'EHPAD</u>	<p>Au jour de la visite, la directrice en place dispose</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] le Président du CIAS a indiqué à la mission d'inspection que l'intérim de la direction de l'EHPAD est assuré par le directeur du CCAS de la ville de Bagnolet.</p> <p>Remarque n° 9 : Les diplômes du directeur par intérim n'ont pas été transmis à la mission d'inspection.</p>	<p>D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur)</p> <p>D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur)</p> <p>D312-176-10 (ets publics communaux)</p> <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)</p>
1.2.2.7	Management et Stratégie	<u>Organisation de astreintes de direction</u>	Lors de son entretien la directrice a indiqué à la mission qu'un planning d'astreinte a été élaboré et que son planning était placé sous la badgeuse.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Remarque n° 10 : La mission constate qu'aucun planning d'astreinte n'est affiché le jour de la mission.</p> <p>Remarque n° 11 : Malgré plusieurs relances, la direction de l'EHPAD n'a pas transmis de planning des astreintes.</p>	
1.2.2.8	Management et Stratégie	<u>Présence du directeur le jour de l'inspection</u>	La directrice est présente le jour de la visite d'inspection.	
1.2.2.9	Management et Stratégie	<u>Délégations de signature</u>	<p>Au jour de la visite, [REDACTED] dispose d'un document de délégation de signature signé par le [REDACTED] et datant du [REDACTED].</p> <p>Cette délégation recouvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La signature des mandats, titres de recettes, factures et bons de commande, - La signature des bordereaux d'envoi pour les mandats de paye, - L'expédition des actes et documents divers de l'établissement les quatre saisons, - La certification du caractère conforme des actes administratifs et caractère exécutoire, - Les correspondances accusant réception des administrés ou ayant-droit. <p>Le document précise qu'il sera transmis au représentant de l'Etat dans le département, notifié à l'intéressé et affiché.</p> <p>Il est également précisé qu'une ampliation sera transmise au Trésorier Principal de la ville de Bagnolet, comptable assignataire de l'établissement.</p>	<p>D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes)</p> <p>R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD)</p> <p>D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public)</p> <p>D315-70 CASF (transmission et publication des délégations)</p> <p>D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Ecart n°8 : Il n'y a pas d'indication sur la communication au conseil d'administration du CIAS comme le prévoit l'article D315-71 CASF.	
1.2.2.10	Management et Stratégie	<u>Pouvoir de subdélégation du directeur</u>	L'arrêté de délégation de la directrice ne prévoit pas de pouvoir de subdélégation.	D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.11	Management et Stratégie	<u>Présence d'un IDEC dans l'EHPAD</u>	<p>L'IDEC présent dans la structure depuis plusieurs années</p> <p>Une IDE diplômée en [REDACTED] a été nommée sur le poste d'IDEC en CDD [REDACTED]</p> <p>Remarque n° 12 : L'IDE nommée sur le poste d'IDEC ne dispose pas des qualifications requises pour occuper cette fonction conformément au RBPP de la HAS.</p> <p>Remarque n° 13 : Le diplôme transmis à la mission d'inspection est illisible. Malgré plusieurs relances, la direction de l'établissement n'a pas transmis de document exploitable à la mission.</p>	<p>RBPP</p> <p>HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011</p> <p>Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)</p>
1.2.2.12	Management et Stratégie	<u>Fiche de poste IDEC</u>	<p>La direction a transmis la fiche de poste de l'IDEC.</p> <p>Remarque n° 14 : La fiche de poste transmise n'est pas signée des deux parties.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.2.13	Management et Stratégie	<u>Présence d'un Medco dans l'EHPAD</u> : médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge?	Au jour de la visite, il n'y a pas de médecin coordonnateur. La directrice de l'EHPAD a indiqué à la mission qu'un Médco était en cours de recrutement et devait intégrer la structure le [REDACTED].	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle</u> : - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un évènement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Managérial - Social – Médiatique		
1.2.3.1	Management et Stratégie	<u>Présence et visibilité des affichages</u>	Le jour de la visite les affichages suivants sont présents : - La charte des droits et libertés de la personne accueillie, - Les tarifs 2023 / arrêté du CD, - La liste des personnes qualifiées du Département, - Les PV des CVS et composition CVS (mais non à jour, datant de 2020), Les affichages suivants ne sont pas présents et visibles ou à jour dans l'établissement : - Le règlement de fonctionnement, - L'élection et la composition du CVS, en conformité avec la dernière réglementation. Les documents affichés datent de 2020 - Les menus affichés à jour (les menus affichés étaient ceux de la veille), - Les PV des commissions de restauration, - Les résultats de la dernière enquête de satisfaction, - Le programme des animations de la semaine, - Les tarifs et horaires des diverses prestations, - Le numéro 3977/ALMA. <u>Remarque n° 15</u> : La mission constate que le numéro 3977 n'est pas affiché le jour de la visite.	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Ecart n°9 : En ne procédant pas l'affichage du règlement de fonctionnement l'EHPAD n'est pas en conformité avec l'article L. 311-4 CASF.	

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
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	<u>Conseil de la vie sociale</u>	<p>Ecart n°10 : Les documents transmis ne font pas mention de la composition du CVS, laquelle doit être mise à jour pour être en conformité avec le décret 2022-688 du [REDACTED]. Les dernières élections ont eu lieu en [REDACTED] selon les documents affichés à l'entrée de l'établissement.</p> <p>Les comptes rendus transmis des [REDACTED] CVS qui ont eu lieu en [REDACTED] et [REDACTED] ne font pas état de la dernière date des élections du CVS.</p> <p>Ecart n°11 : Le CR du [REDACTED] indique qu'un Président et un Vice-Président (et non son suppléant) sont nommés à main levée et non à bulletin secret (cf. article D311-9).</p> <p>Les membres du CVS interrogés lors de l'inspection indiquent avoir demandé à ce que de nouvelles élections aient lieu [REDACTED]</p> <p>Ecart n°12 : Les CR de CVS transmis n'indiquent pas que le règlement de fonctionnement ait été approuvé par le CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-7 CASF.</p> <p>Des retards dans la transmission des CR de CVS ont été observés par la mission (ex : CR du [REDACTED]). Les</p>	D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les états 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	Références juridiques et RBPP
			<p>familles interrogées indiquent [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] CVS ont été organisés en [REDACTED] et [REDACTED] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED], sans compte-rendu - [REDACTED], non approuvé - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] <p>Remarque n° 16 : [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] la mission n'a pas été en capacité de savoir qui fixait les ordres du jour des CVS et qui était en charge de leur rédaction.</p>	
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	<u>Signalement des EI/EIG au CVS</u>	<p>Ecart n°13 : Les entretiens avec [REDACTED] ont révélé que le CVS n'est pas informé des EI ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF. Les dysfonctionnements sont abordés dans certains compte-rendu.</p> <p>Les recrutements en cours sont également abordés. Lors du CVS du [REDACTED], [REDACTED] ont demandé des actions correctrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revoir la posture de certains agents ; - rappeler à l'ordre les personnels ; - recevoir la facturation à temps. 	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

1.4. Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
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 : Juridique – Sécurité des personnes</u>		
1.4.1.1	Gestion de la qualité	<u>Référent gestion de la qualité</u>	Il n'y a pas de responsable qualité au sein de la structure. Remarque n° 17 : La direction de l'établissement n'a pas désigné de responsable qualité comme le préconise la HAS dans les RBPP de 2018 « Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance ».	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.2	Gestion de la qualité	<u>Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	L'établissement ne dispose pas de plan d'amélioration de qualité. Lors de son entretien [REDACTED] a indiqué à la mission d'inspection qu'un projet d'élaboration de PACQ est en cours. La mission n'a reçu aucun document attestant de la mise en place d'un PACQ. Ecart n°14 : La direction n'a pas mis en place une évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité comme prévu à l'article L312-8 du CASF.	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

1.4.2.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : Juridique		
1.4.2.1	Gestion de la qualité	<u>Evaluation externe</u>	<p>La dernière évaluation interne de l'établissement s'est déroulée en [REDACTED].</p> <p>La mission a été destinataire de la dernière évaluation externe qui date de [REDACTED].</p> <p>L'EHPAD Les Quatre Saisons est inscrit au programme des évaluations de l'ARS et du Conseil départemental pour la fin [REDACTED].</p> <p>Les autorités de contrôle sont en attente de la transmission du rapport d'évaluation par l'établissement, selon les nouvelles normes HAS, avant la fin de l'année [REDACTED].</p>	<p>L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité)</p> <p>D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans)</p> <p>R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège)</p> <p>D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS)</p> <p>D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)</p>
1.4.3.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial		
1.4.3.1	Gestion de la qualité	<u>Politique de promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance</u>	<p>La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.</p> <p>La mission n'a pas été destinataire de procédure de repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risques et de signalement en cas d'agression.</p> <p>Lors de son entretien, la directrice a indiqué à la mission que l'EHPAD Les Quatre Saisons ne dispose pas de plan de formation depuis [REDACTED], pour des raisons budgétaires.</p> <p>Les numéros d'appel 3977 et ALMA ne sont pas affichés dans l'établissement.</p> <p>Lors de l'inspection, l'absence de médecin coordonnateur n'a pas permis d'approfondir les éventuelles procédures qu'il aurait mises en place.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°15 : En ne mettant pas en place de politique de promotion de la bientraitance et de lutte</p>	<p>L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>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)</p> <p>Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014</p> <p>Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007</p> <p>HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'étabt et rôle de l'encadrement ... », 2008</p>

			contre la maltraitance, la direction de l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3. 1° CASF.	
1.4.3.2	Gestion de la qualité	<u>Traitement des situations de violences</u>	<p>La mission n'a pas pu vérifier si les signalements auprès de l'autorité judiciaire sont réalisés.</p> <p>Remarque n° 18 : La direction n'a pas transmis d'information sur l'effectivité des signalements auprès de l'autorité judiciaire comme prévu à l'article 40 du code de procédure pénale ».</p>	<p>Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit)</p> <p>Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</p> <p>L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements)</p> <p>Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)</p>
1.4.3.3	Gestion de la qualité	<u>Traitement des cas de maltraitance</u>	<p>La mission n'a pas été destinataire de procédures de signalement en cas d'agression ou de de maltraitance. Seule une fiche de signalement des Evénements Indésirables a été transmise à la mission.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les entretiens avec les personnels ont permis de confirmer l'absence de connaissance de procédure de signalement.</p>	<p>L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p>R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente)</p> <p>arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS</p> <p>Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</p> <p>L313-24 CASF (protection du signalant)</p>

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes</p>		
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Système d'enregistrement permanent et de suivi des :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents 	<p>Les différents entretiens avec le personnel et les documents transmis par l'EHPAD ont démontré que les réclamations et les plaintes des résidents et des familles ne font pas l'objet d'un enregistrement, d'un suivi et de suite systématique.</p> <p>En particulier les réclamations ne font pas l'objet d'une réponse écrite aux déclarants et ne font pas l'objet d'un bilan et de retour d'expérience.</p> <p>Remarque n° 19 : La mission constate que l'établissement n'apporte pas de réponse formalisée au déclarant.</p> <p>Remarque n° 20 : Les réclamations et plaintes doivent faire l'objet d'un suivi et d'un enregistrement permanent.</p> <p>Remarque n° 21 : Les réclamations et plaintes doivent faire l'objet de bilans systématiques et réguliers.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.5.1.2	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Procédure de déclaration d'évènement indésirable</u>	<p>Une fiche de déclaration d'EI existe au sein de l'établissement. Toutefois la démarche de déclarations des EI ne fait pas l'objet d'une procédure existante et connue.</p> <p>Remarque n° 22 : L'établissement n'a pas mis en place une procédure de déclaration et de traitement des EI et veiller à ce que les personnels aient connaissance de cette procédure.</p> <p>Remarque n° 23 : Les entretiens démontrent que les professionnels ne se sont pas appropriés la démarche de déclarations des EI, notamment en ne connaissant pas la démarche pour réaliser un EI.</p> <p>Remarque n° 24 : Par ailleurs les professionnels ne sont pas sensibilisés et formés à l'identification et la classification des EI.</p>	<p>L313-24 CASF (protection du salarié déclarant)</p> <p>RBPP HAS, "Mission du responsable d'étabt et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008</p> <p>Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</p>
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Modalités de suivi, analyses et RetEx des EI</u>	<p>La mission n'a pas constaté de modalité de suivi et d'analyse des EI durant les échanges ou dans le cadre de l'examen des documents transmis. De même aucun retour d'expérience n'est constaté par la mission.</p> <p>De ce fait les EI ne font pas systématiquement l'objet de mesures préventives ou correctrices. Si des mesures sont mises en place, elles ne sont ni intégrées à un PACQ ni assujettit à un suivi et à un retour d'expérience.</p>	<p>L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités)</p> <p>R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées)</p> <p>R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</p> <p>R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)</p> <p>HAS, "Mission du resp d'étabt et rôle de l'encadr / maltraitance", 2008</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Remarque n° 25 : Les EI ne font pas l'objet d'un suivi et d'une analyse systématique.</p> <p>Remarque n° 26 : Les EI ne font pas systématiquement l'objet de mesures préventives et correctrices avec au final un retour d'expérience pour l'établissement.</p> <p>Les EI ne font pas l'objet de retour direct auprès des déclarants.</p> <p>Remarque n° 27 : Les EI ne font pas l'objet d'un retour auprès des déclarants.</p>	
1.5.1.4	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS - CD - Procureur de la République 	<p>A date de la mission d'inspection les autorités de contrôle n'ont pas reçu de déclaration d'EIG depuis plusieurs années, sauf à leur demande suite à des réclamations.</p> <p>Ecart n°16 : L'établissement ne transmet pas les déclarations d'EI/EIG aux deux autorités de contrôle et ne transmet pas, par conséquent les retours d'expérience sous 3 mois, ce qui contrevient aux dispositions du CASF.</p>	<p>L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente)</p> <p>R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</p> <p>L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)</p> <p>Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)</p>
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Gestion des événements indésirables liés à la PECM</u></p>	<p>Remarque n° 28 : Il n'existe pas de procédure d'EI spécifique à la PECM.</p>	

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial – Social</p>		
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p><u>Effectifs prévus/en poste</u></p> <p><u>Répartition des effectifs</u> Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?</p>	<p>Malgré les diverses relances de la mission, le tableau des effectifs par ETP pourvus/non pourvus n'a pas été transmis. De plus, l'établissement n'a pas fourni l'annexe 5 (TPER) qui fait état des effectifs ETP prévisionnels dans le cadre du dépôt de l'EPRD [REDACTED], document pourtant obligatoire pour apprécier le prévisionnels des effectifs salariés assurant la prise en charge des [REDACTED] résidents.</p> <p>Sur la base de l'organigramme daté de [REDACTED], la répartition des effectifs théoriques en soin à taux d'occupation plein est de [REDACTED] ETP se déclinant de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 [REDACTED] ETP (AS + auxiliaire de vie) soit un ratio d'encadrement conforme à 0,24 - [REDACTED] IDE + [REDACTED] cadre de santé soit un ratio d'encadrement conforme à 0,06 sachant que la moyenne pour un ratio d'encadrement avec un PMP compris entre 200 et 250, est de 0,06. - -médcos : non pourvu depuis [REDACTED] : le décret du 27 avril 2022 prévoit un temps 	<p>D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>de MEDCO de 0,6 ETP pour les EHPAD comprenant entre 60 et 99 places.</p> <p>En l'absence de connaissance de la quotité de travail par agents/salariés, il n'a pas été possible d'avoir une vision exacte du nombre ETP total réel au sein de l'EHPAD, ni d'en déduire le ratio d'encadrement en soin IDE/AS/auxiliaire en soins.</p> <p>Toutefois, la liste du personnel () indique pour la répartition d'agents dédiés au soins (aide-soignante/auxiliaires de soins, IDE, psychomotricienne) : ■ salariés (dont ■ CDI auxiliaire de soins en accident de travail, 17 en contrat temporaire (■ CDD renouvelable au mois et ■ vacataires) représentant ainsi la quasi-moitié des effectifs.</p> <p>Par ailleurs il est constaté certains doublons de poste au sein de l'établissement. De même certains reclassements ne paraissent pas toujours adaptés au nécessité des postes à pourvoir.</p> <p>Remarque n° 29 : Les différentes données transmises par l'établissement (tableaux des effectifs, diplômes....) ont révélé des incohérences dans la gestion des effectifs. Les personnels identifiés comme personnel de nuit, sont également identifiés dans le tableau des effectifs, comme personnel de jour.</p> <p>Remarque n° 30 : En l'absence de transmission du tableau des effectifs ETP pourvus/non pourvus, la quotité réelle des AS et IDE, auxiliaire de soins en CDI/CDD/vacataires pour calculer le ratio</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>d'encadrement en soin n'a pas pu être vérifiée par la mission d'inspection.</p> <p>Remarque n° 31 : Au jour de la visite contrairement à ce qui est indiqué dans le planning (juin 2023), sur 7 agents présents dédiés au soins, 4 sont vacataires, en CDD, ou étudiants en formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IDE en CDD faisant fonction D'IDEC, - IDE en formation en 1^{ière} année, - vacataire AS appelé le jour même en renfort, - stagiaire ASSP faisant fonction d'AS/auxiliaire en soin. <p>Remarque n° 32 : L'établissement a recours de manière importante à du personnel infirmier vacataire, aide-soignant CDD/Vacataires ou stagiaires.</p>	
2.1.1.2	Gestion des ressources humaines	Types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres)	<p>Sur la base de l'organigramme (février 2023) et la liste du personnel mise à jour, l'établissement comprend un total 39,55 ETP, soit 62 salariés/agents, avec différents types de contrats se décomposant ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agents titulaires (dont auxiliaires/IDE/AS dont en congé parental) - en CDI, (dont auxiliaires/IDE/AS) - en contrat temporaire (CDD, et contrat vacataires renouvelable au mois) dont soignants IDE, AS, auxiliaires..) 	<p>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</p> <p>Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Sur la section hébergement ■ ETP dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ agents titulaires (dont ■) - ■ agents en CDI (dont ■) - ■ vacataires, - ■ agents en CDD (■ comptable et ■ cuisinière) <p>Remarque n° 33 : on note que l'établissement a recours en proportion importante au CDD, et aux contrats vacataires, en particulier sur les postes de soins (comme décrit plus haut).</p>	
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	<u>Proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme</u>	<p>Le taux de rotation et le taux d'absentéisme ne sont pas suivis par l'établissement.</p> <p>Remarque n° 34 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi du taux de rotation et du taux d'absentéisme.</p>	<p>L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)</p>
2.1.1.4	Gestion des ressources humaines	<u>Dossiers administratifs des professionnels</u>	<p>La plupart des dossiers consultés sont désordonnés et ne sont pas conformes, on note l'absence ou la non mise jour de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - certains contrats d'embauche ■ - certains diplômes, <p>Ecart n°17 : l'établissement n'a pas mis à jour les dossiers du personnel.</p>	<p>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)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.1.5	Gestion des ressources humaines	<u>Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes</u>		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)
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Managérial - Social		
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	<u>Plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1</u>	Malgré les demandes de la mission, la direction de l'établissement n'a pas communiqué le plan de formation des professionnels actualisé pour l'année N et N+1. ██████ a également indiqué à la mission que l'EHPAD ne dispose pas de plan de formation. En revanche, lors des entretiens avec certains professionnels, il est constaté que les plus anciens ont bénéficié de formation « humanitude », sur le sujet de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance, ou encore sur la sexualité de la personne âgée, dans le cadre de la formation continue des deux dernières années.	L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) 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) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Toutefois, les salariés récemment embauchés évoquent aucune formation collective ou individuelle.</p> <p>La mission constate que Les formations sont attribuées au cas par cas sans logique globale via un plan de formation.</p> <p>Ecart n°18 : La direction de l'EHPAD n'a pas élaboré de plan de formation ce qui contrevient aux dispositions de l'article L313-12-3 CASF.</p>	
2.1.2.2	Gestion des ressources humaines	<u>Aide à la mobilité interne des agents</u>	Lors des entretiens, la réponse varie en fonction du degré d'ancienneté des agents/ salariés. Contrairement à certains agents plus anciens, d'autres personnels récents n'ont pas évoqué d'accompagnement individuel à la formation qualifiante, ni de procédure d'information à la VAE.	
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	<u>Protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	<p>L'établissement n'a pas communiqué de protocole d'accueil des nouveaux professionnels.</p> <p>Lors des entretiens les agents n'ont pas évoqué l'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair, ni <u>l'existence des pratiques organisées</u> de soutien aux professionnels.</p>	HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social		L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	<u>Temps d'échange organisés entre les professionnels sur leurs pratiques</u>	<p>Une supervision d'analyse des pratiques a été mise en place avec un intervenant extérieur (psychologue du travail) qui est intervenu à raison de deux fois.</p> <p>■■■■■ a indiqué qu'il est prévu que des temps de supervision tous les deux mois.</p> <p>■■■■■</p> <p>En dehors des temps d'analyse des pratiques, les agents/personnel interrogés évoquent des temps de débriefing organisés chaque matin (pour l'équipe du matin) et l'équipe de l'après-midi avec l'■■■■■ en charge de l'encadrement, et le roulement des équipes du soir.</p> <p>Des temps d'échange informels sont également mobilisés selon la demande ou les besoins de l'agent pour le suivi des patients.</p>	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes		
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	<u>Construction et gestion des plannings</u>	<p>Il est inscrit dans la fiche de poste de l'IDEC (datant de ■■■■ à l'époque de l'ancienne direction) qu'elle élabore les plannings des personnels en charge du soin et de l'entretien.</p> <p>Les plannings sont élaborés de manière mensuelle, planning affiché un mois à l'avance.</p> <p>Un affichage du planning sous format papier est effectué dans la salle dédiée au personnel.</p> <p>Les plannings semaine et mensuel ont été communiqués à l'équipe d'inspection.</p> <p>Les équipes soignantes sont fixes, par étage.</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 35 : Les plannings communiqués par catégories de professionnels/par étage ne sont pas clairs.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Les codes horaires communiqués par l'établissement ne permettent pas d'avoir une lisibilité de l'amplitude horaire/présence des personnels par étage sur les plannings.</p> <p>La mission note qu'au jour de la visite : - deux Aide-Soignant étaient en poste alors qu'ils étaient inscrits au planning () pour l'un en formation et l'autre en récupération.</p> <p>Remarque n° 36 : La construction des plannings ne reflète pas la présence effective des personnels.</p>	
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	<u>Organisation de la planification des professionnels :</u> - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes	<p>Les plannings mensuels reçus font état d'un affichage des horaires du personnel sur une journée, les jours de repos, récupération, formation, absences sont affichés.</p> <p>Les effectifs présents ne sont pas toujours conformes aux plannings établis (). Les jours de repos (récupération), ou de formation ne sont pas toujours respectés. Cf 2.1.1.1</p>	
2.1.4.3	Gestion des ressources humaines	<u>Qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end</u>	<p>Il n'a pas été constaté, les qualifications, les expériences et les formations du personnel intervenant la nuit ou le week-end. (cf. partie 2.1.1.4 et 2.1.1.5)</p>	
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	<u>Fiches de poste adaptées</u>	<p>Lors des entretiens, certains personnels indiquent disposer de fiches de postes, d'autres non. La direction a transmis à l'équipe d'inspection des fiches de postes de : la cadre de santé, le responsable administratif et financier, le directeur d'EHPAD, le médecin coordonnateur, l'agent d'accueil</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Remarque n° 37 : La direction n'a pas transmis de fiches de postes d'AS et d'ASH, et d'AMP à la mission.</p> <p>La directrice dispose d'une délégation de signature qui ne recouvre pas la gestion des ressources humaines</p> <p>Ecart n°19 : L'établissement n'a pas mis à jour toutes les fiches de postes, comme le prévoit l'article 6 du décret n° 2014-1526 du 16 décembre 2014.</p> <p>Ecart n°20 : L'établissement n'a pas mis en place une réelle délégation de pouvoir et de signature en matière de gestion des ressources humaines en application de la réglementation conformément à l'article D. 312-176-5 du code de l'action sociale et familles.</p>	
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	<u>Glissements de tâches</u>	Les entretiens ASH et AS montrent que les fonctions et les tâches sont clairement répartis. Il n'y a donc pas de glissement de tâches.	<p>L451-1 du CASF (agrément des formations sociales)</p> <p>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</p> <p>D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)</p> <p>R4311-1 CSP (missions IDE)</p> <p>D312-155, 2° CASF</p> <p>L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.4.6	Gestion des ressources humaines	<u>Gestion des absences prévues et inopinées</u> <u>Procédure pour organiser des remplacements</u>	<p>Remarque n° 38 : Il n'y a pas de procédure pour organiser les remplacements.</p> <p>Toutefois, l'établissement dispose d'un vivier de vacataire auquel il fait appel pour des contrats courts.</p>	

2.2. Gestion budgétaire et financière

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.2.1.0	Gestion budgétaire et financière	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier le respect des règles relatives aux frais de siège en tenant compte du statut - S'assurer du caractère raisonnable des frais des administrateurs (frais de mission, frais de formation...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Financier		
2.2.1.1	Gestion budgétaire et financière	<u>Formalisation des services rendus par le siège :</u> autorisation de frais de siège	<p>Des outils de préparation de la facturation ont été mis en place à l'arrivée de [REDACTED] en place au jour de la visite. Bien qu'un effort de structuration a été entrepris par [REDACTED], l'établissement ne dispose pas de procédures précises en matière budgétaire et comptable.</p> <p>Remarque n° 39 : L'établissement n'a pas poursuivi son effort de développement de procédures budgétaires et financières nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.</p> <p>En matière de délégation de pouvoir et de signature, seule une délégation de signature est</p>	R314-88 1° du CASF (prestations du siège pouvant être incluses dans les frais de siège autorisés)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>allouée par arrêté du [REDACTED] à la [REDACTED], qui lui-même tient son pouvoir de la délégation du CA du CIAS du [REDACTED]. Par ailleurs cette délégation est très restrictive en matière financière en la limitant à la signature des mandats, titres, factures et bons de commande.</p> <p>Ecart n°21 : L'établissement n'a pas mis en place une réelle délégation de pouvoir et de signature en matière budgétaire, financière et comptable en application de la réglementation comme le prévoit l'article D. 312-176-5 du code de l'action sociale et familles.</p> <p>Les dépenses sont engagées par la gouvernance de l'établissement, liquidées par sa responsable comptable et in fine par le trésorier public de Montreuil. A noter que de fait la délégation de signature de [REDACTED], déjà limitative, n'est pas respectée compte tenu que les documents comptables sont uniquement signés par le [REDACTED].</p> <p>Le CA du CIAS remplit son rôle en matière budgétaire en votant le budget et le compte de gestion de la structure.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.2.1.2	Gestion budgétaire et financière	<u>Respect des obligations comptables et budgétaires</u> <u>Présentation des documents comptables, des bilans financiers et de la trajectoire financière de l'établissement</u>	<p>A date de l'inspection les derniers dépôts d'EPRD ou d'ERRD sur la plateforme CNSA avec l'ensemble des pièces constitutives ont été réalisés en [REDACTED] (EPRD [REDACTED] / ERRD [REDACTED] incomplet, absence de dépôt de l'EPRD [REDACTED] et absence de dépôt des ERRD 2 [REDACTED] et [REDACTED]).</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°22 : A ce jour l'EPRD 2023 n'a pas été déposé sur la plateforme CNSA ce qui n'est pas conforme aux articles R314-213, R314-219 et R314-223 du CASF.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°23 : L'établissement ne transmet pas sur la plateforme CNSA au plus tard le 30/04/N l'ERRD de l'année N-1, ce qui contrevient à l'article R314-232 du CASF.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°24 : Dans le cadre de l'inspection l'établissement a transmis l'EPRD [REDACTED] et les ERRD [REDACTED] et [REDACTED]. La présentation des documents de l'EPRD et ERRD [REDACTED] ne respecte pas les cadres réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'EPRD et l'ERRD ne sont pas accompagnés de leurs annexes (rapport financier, annexes tarifaires et tableau du personnel) ; • L'EPRD ne respecte pas le formalisme réglementaire, en particulier sur les éléments du bilan financier, des ratios financiers et de la trajectoire financière. Il en est de même pour l'ERRD avec en plus le tableau 	R314-213, R314-219 et R314-223 CASF (EPRD) R314-232 CASF (ERRD)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			d'affectation des résultats qui n'est pas rempli.	
2.2.1.3	Gestion financière : gestion de la facturation et du paiement des fournisseurs	Gestion de la facturation Délais de paiement des fournisseurs	<p>Les autorités de contrôle constatent que la réalisation de la facturation des usagers et des organismes payeurs a fait l'objet d'important retard au cours des dernières années. Par ailleurs, les CR du CVS et les entretiens avec les familles indiquent que ces dernières étaient en situation de devoir réclamer les factures de leurs parents à l'établissement.</p> <p>Toutefois la mise en place de nouveaux outils, corrélée à l'arrivée de la directrice semble avoir régler le sujet de la réalisation de la facturation à la date de l'inspection (ce au vu des dossiers résidents).</p> <p>Il apparait néanmoins que l'établissement a des antériorités de créances usagers importantes et que les factures les plus récentes n'ont pas été transmises aux organismes financeurs.</p> <p>Remarque n° 40 : L'établissement ne réalise pas la facturation de manière régulière</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>et ne la transmet pas aux familles et aux organismes financeurs.</p> <p>Les entretiens avec [REDACTED] [REDACTED] ont permis à la mission de constater une incapacité à payer les fournisseurs, faute de trésorerie. Cette situation oblige le [REDACTED] à prioriser le paiement des fournisseurs en fonction de leur prestation et de l'ancienneté de la facture, ce qui a pu créer des problèmes de livraison (denrées alimentaires par exemple,...).</p> <p>L'analyse du bilan financier montre que la durée des dettes de fournisseurs représente près de [REDACTED] d'exploitation, au-delà de la valeur de référence des 45 jours.</p> <p>Par ailleurs les problèmes de trésorerie ont aussi engendré des retards de paiements sur les cotisations à l'URSAAF, régler selon les dires de l'établissement.</p> <p>Remarque n° 41 : L'établissement n'a pas réglé ses dettes fournisseurs, sociales et patronales dans des délais corrects.</p>	

2.3. Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.1.0	Gestion d'information	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence des rapports réglementaires (Rapports d'activité, rapport médical...) - Identifier les éventuels points de dysfonctionnement qui ressortent d'une analyse du contenu des rapports et des données statistiques disponibles <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique - Managérial		
2.3.1.1	Gestion d'information	<u>Documents présentant des données statistiques portant sur les personnes prises en charge et sur l'activité de la structure</u> - Tableau GIR - Tableau PATHOS - RAMA - RAA - Tableau de bord- ESMS de l'ANAP	<p>Malgré plusieurs relances, la direction de l'établissement n'a pas transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le tableau GIR, - le tableau PATHOS, - le RAMA, <p>Par ailleurs, la mission constate que l'établissement n'a pas renseigné le tableau de bord de la performance de l'ANAP.</p> <p>Remarque n° 42 : L'établissement n'a pas renseigné le tableau de bord de la performance de l'ANAP.</p> <p>Enfin, les données budgétaires et financières transmises à la mission sont incomplètes et n'ont pas été versées sur les plateformes prévues à cet effet.</p> <p>Ecart n°25 : En ne présentant pas les différentes données budgétaires dans les délais impartis, la direction de l'établissement ne remplit pas les obligations prescrites par les articles R314-49 CASF et R314-3 CASF.</p>	<p>Article R314-50 casf (rapport d'activité)</p> <p>R314-49 CASF (délai de transmission bilan comptable EHPAD)</p> <p>D312-203 CASF (action démarche qualité dans RAA)</p> <p>R314-3 CASF (calendrier budgétaire EPRD)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.1.2	Gestion d'information	Rédaction d'un rapport annuel d'activité médicale (RAMA) par le médecin coordonnateur	<p>L'établissement n'a pas transmis le dernier rapport annuel d'activité médicale de l'année ■■■■ ni celui de l'année ■■■■.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°26 : L'établissement n'a pas transmis les RAMA des années ■■■■ et ■■■■. L'absence d'élaboration de RAMA contrevient aux dispositions de l'article D312-158-10 du CASF.</p> <p>-----</p>	<p>D. 312-158 (10°) CASF (MedCo rédige RAMA avec équipe soignante / RAMA retrace l'évolution de l'état de dépendance et santé des résident)</p> <p>D. 312-155-3 al 9°, CASF (MedCo rédige RAMA)</p> <p>D. 312-158 (4°) CASF (MedCo doit évaluer l'état de dépendance-GIR)</p> <p>Modèle de trame RAMA 2020 -ARS pays de Loire</p>
2.3.2.0	Gestion d'information	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique</p>		
2.3.2.1	Gestion d'information	<p><u>Tenue d'un registre des entrées et sorties où sont mentionnées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie 	<p>Un registre des entrées et sorties est bien tenu et présenté à l'accueil.</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 43 : La mission constate que le jour de la visite, aucun personnel ne lui a demandé de remplir le registre des entrées et sorties.</p> <p>-----</p>	<p>L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S)</p> <p>R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)</p>
2.3.3.0	Gestion d'information	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.3.1	Gestion d'information	<u>Contenu des dossiers administratifs des résidents</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>La mission a examiné une dizaine de dossiers résident. Sur cet échantillon il a été constaté que les pièces constitutives de l'admission du résident sont conservées dans le dossier (contrat de séjour et ses annexes, règlement de fonctionnement, pièces administratives,...), avec des éléments qui ont trait à des informations médicales.</p> <p>Remarque n° 44 : La mission constate que des dossiers administratifs des résidents contiennent des informations à caractère médical.</p> <p>Remarque n° 45 : Des pièces qui devraient figurer dans le dossier sont absentes (accord sur les droits à l'image, autorisation de sortie, désignation de la personne de confiance).</p> <p>Remarque n° 46 : Les dossiers administratifs du résident ne comprennent pas les PAI, les directives anticipées et les CR de réunions de synthèse du résident.</p>	<p>L311-3&4 et L311-5-1 CASF</p> <p>L. 1111-6 CSP (personne de confiance)</p> <p>Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.</p>
2.3.3.2	Gestion d'information	<u>Supports de stockage des dossier médicaux</u> (papier, informatique, ...) <ul style="list-style-type: none"> - observations, - Vaccinations, - DLU, - autres... 	<p>Les éléments relatifs aux supports du dossier médical des résidents ont été recueillis par la mission auprès de [REDACTED] lors de la visite sur site et à partir de l'examen d'un échantillon de dossiers médicaux.</p> <p>Lors de son entretien, [REDACTED] précise à la mission que le dossier administratif et le dossier médical et de soins du résident sont séparés, le dossier administratif étant rangé dans les bureaux de la direction.</p>	<p>L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP (confidentialité des informations de santé concernant le résident)</p> <p>Par assimilation, R1112-2 CSP (dossier médical en EDS)</p> <p>L. 1112-4 (PEC de la douleur et des soins palliatifs en EDS et en ESMS)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Le dossier médical est en partie sous format papier et sous format numérique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La partie sous format papier du dossier médical est constituée d'un classeur par résident avec sur la tranche extérieure une étiquette indiquant les nom, prénom, l'état civil (« M. ou Mme »), le numéro de chambre du résident. Les documents sont en règle générale placés dans des pochettes plastiques transparentes ou rangés dans le classeur après perforation. Certains dossiers comportent des intercalaires indiquant la nature des documents (« doc. médicaux », « imagerie », « biologie »,...), pour d'autres dossiers sans intercalaire un post-it collé sur une des pochettes transparentes indique le contenu des documents suivants (imagerie, ordonnances, ...), - La partie informatisée du dossier médical fonctionne sous le logiciel de soins [REDACTED] <p>La répartition des informations de santé entre le dossier papier et le dossier sous format numérique se fait pour les différents documents comme ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Courrier (lettre transfert ; ...) : dans le dossier papier, - Compte-rendu, radio, imagerie : dans le dossier papier. Les résultats biologiques du laboratoire avec lequel l'EHPAD a une convention sont transmis directement dans le logiciel de soins (accès à distance du laboratoire au logiciel de soins), - Dossier médical de demande d'admission : dans le dossier papier, - Dossier de visite de préadmission, d'admission : dans le dossier papier, - Dossier de suivi au sein de la structure, observations : essentiellement dans le dossier informatisé, avec possibilité d'informations dans 	


N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>le dossier papier (médecins traitants n'utilisant pas le logiciel de soins, ...),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lettre de sortie et compte-rendu d'hospitalisation : dans le dossier papier, - Prescriptions : tracées directement dans le logiciel de soins (accès à distance par l'officine et par les médecins traitants) ou ordonnances manuscrites dans le dossier papier, - Directives anticipées : dossier papier quand elles ont été rédigées par le résident, - Vaccination : dans le logiciel de soins, - Concernant les consentements : [REDACTED] précise que seuls les refus de soins sont tracés dans le logiciel de soins. <p>Les dossiers médicaux sous format papier des résidents sont rangés dans le local infirmerie dans des étagères fermant par des portes coulissantes transparentes.</p> <p>La consultation par la mission d'un échantillon de dossiers montre qu'en règle générale, les dossiers sous format papier examinés ne contiennent pas d'autres documents que ceux liés à la santé du résident.</p> <p>Cependant dans certains dossiers l'absence de page de présentation des documents rangés dans le dossier médical et de soins et l'absence d'intercalaires rendent inconfortable la consultation du dossier patient sous format papier.</p> <p>Remarque n° 47 : [REDACTED] indique à la mission que l'établissement ne dispose pas de procédure concernant le classement des documents dans les dossiers médicaux des résidents sous format papier.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>██████ précise à la mission que les dossiers médicaux et de soins sont alimentés par les personnels de soins pour ce qui concerne les informations relevant de leur champ professionnel (██████ ...).</p> <p>██████ indique que l'accès au logiciel de soins (██████) est ouvert en lecture et en écriture en fonction du statut professionnel (métier) avec un identifiant individualisé par soignant.</p> <p>██████ précise que la généralisation de cette modalité d'accès au logiciel de soins pour tous les personnels habilités est récente, l'accès étant attribué auparavant par un code « métier » (██████).</p> <p>Les droits d'accès au logiciel de soins sont gérés par l'IDEC et la directrice.</p> <p>██████ indique à la mission que sa fonction d'administrateur du logiciel de soins (gestion des codes) lui a été donnée quelques jours avant la visite sur site de la mission d'inspection, cette fonction étant limitée à la directrice auparavant.</p> <p>██████ indique à la mission que l'accès au logiciel de soins n'est possible pour les soignants que sur l'ordinateur situé dans le local infirmerie (rez-de-chaussée), l'établissement n'étant pas équipé de postes informatiques portables (sur les chariots de distribution de médicaments ou de pansements) ou de tablettes. Cette disposition entraîne un risque pour la traçabilité de l'administration des médicaments et la réalisation générale des soins. Ce point a fait l'objet d'une remarque (cf. infra).</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 48 : La mission constate le jour de la visite l'affichage devant l'ordinateur de l'infirmerie de codes d'accès partagés (e.g. « ████████ », « ████████ ») ce qui est contraire à la</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>procédure décrite par [REDACTED] relative à l'attribution d'un accès au logiciel de soins individuel et identifié pour chaque soignant.</p> <p>Remarque n° 49 : [REDACTED] indique à la mission qu'il n'y a pas de formation formalisée au logiciel de soins prévue pour les nouveaux professionnels qui sont formés par leurs pairs ([REDACTED]) présents dans l'établissement lors leur prise de poste.</p> <p>[REDACTED] précise que le DLU est établi à partir d'une extraction du logiciel de soins [REDACTED] avec des items préétablis (pathologies et antécédents, allergies, traitement, personne de confiance, constantes biologiques, prise du dernier traitement et du dernier repas, résultats des examens biologiques, ...) qu'il est possible de modifier ou auxquels d'autres items peuvent être ajoutés selon l'usage du DLU.</p> <p>[REDACTED] précise que le DLU est utilisé pour les consultations ou hospitalisation dans un établissement ou un service de santé extérieur (urgence, consultation spécialisée, hospitalisation programmée).</p> <p>Tous les personnels soignants habilités ([REDACTED]) ont accès au DLU.</p> <p>Remarque n° 50 : [REDACTED] indique à la mission que l'établissement ne dispose pas de procédure dégradée permettant d'avoir accès aux données de santé des résidents collectées dans le dossier numérique en cas de non-possibilité d'accès au logiciel de soins (e.g. panne informatique). Ce manquement est contraire à l'obligation pour l'établissement de s'assurer de la continuité des soins,</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>notamment dans le cadre de la mise en place de plans de continuité et de reprise d'activités.</p> <hr/> <p>La mission, accompagnée par [REDACTED], a examiné un échantillon de dossiers médicaux qui comportent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les renseignements administratifs, la personne de confiance, les directives anticipées (dans le cas où elles ont été rédigées), la protection juridique (si une mesure existe), - Dossier clinique pré admission et admission - Les antécédents, - Les motifs d'entrée et de sortie, - Les résultats d'examens biologiques, - Pour la majorité des dossiers examinés les informations nécessaires à l'élaboration du projet personnalisé, - Un plan de soins AS et IDE (prévisionnel et le report des soins réalisés=traçabilité des soins réalisés), - Des transmissions de suivi psychologique (en cas de suivi mis en place ; transmissions antérieures à [REDACTED]), - Des transmissions soignantes (AS, IDE), - Des transmissions relatives aux suivis de rééducation ([REDACTED], ...), - Les résultats des évaluations standardisées : GIR, MMSE, si l'évaluation a été faite les résultats des évaluations standardisées douleur (algoplus, ...), - Bilan des pathologies en cours et des thérapeutiques, - Le relevé des poids, - Les comptes rendus d'hospitalisation, de consultations externes, d'examens complémentaires, - Le report des vaccinations quand des vaccinations ont été réalisées. 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Remarque n° 51 : Lors de l'examen de l'échantillon de dossiers la mission, accompagnée par l'■■■■■, a constaté dans les dossiers examinés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de PPI dans le dossier médical et de soins, -Absence de synthèse médicale régulièrement actualisée, -Dans certains des dossiers de résidents examinés, le plan journalier d'administration des médicaments n'est pas toujours validé, ou l'est partiellement certains jours, -Dans certains des dossiers de résidents examinés, les plans de soins journaliers, en particulier les plans de soins AS, ne sont pas toujours validés, ou le sont partiellement certains jours, -Dans certains dossiers patients examinés, au regard des poids reportés, la pesée n'est pas réalisée tous les mois, ce qui n'est pas conforme aux RBPP en matière de prévention et de prise en charge de la dénutrition, -Une insuffisance et/ou une irrégularité des transmissions soignantes relatives aux soins (e.g. dans un des dossiers patients analysés, ■■■■■ constate avec la mission que la dernière transmission AS date de plus de deux mois et demi alors que ■■■■■ indique que des soins ont été programmés pour le résident au cours de cette période). 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.3.3	Gestion d'information	Modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel	<p>■ a précisé que le dossier administratif du résident (rangé dans les bureaux de la direction) est séparé de son dossier médical et de soins (cf. plus haut).</p> <p>Les dossiers médicaux et de soins des résidents sont rangés dans le local infirmerie dans des étagères comportant des portes coulissantes en matériau transparent mais sans dispositif permettant de fermer à clé ces portes (cf. photo ci-dessous).</p>  <p>Photo : Rangement des dossiers médicaux des résidents sous format papier</p> <p>Par ailleurs, le jour de la visite sur site, la mission constate que le local infirmerie n'est pas fermé à clé, y compris en absence de personnels soignants à l'intérieur du local, la porte restant ouverte, sans présence de personnels soignants, à différents moments de la journée (cf. photo ci-dessous).</p>	<p>R4312-35 CSP (IDE_protection données dossier soins)</p> <p>R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales)</p> <p>L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident)</p> <p>L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)</p> <p>HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			 <p>Photo : Porte du local infirmierie ouverte le jour de la visite sur site en absence de personnels soignants dans le local</p> <p>Ecart n°27 : L'absence de fermeture à clé du dispositif dédié au rangement des dossiers médicaux des résidents contrevient aux dispositions des articles L1110-4 du CSP, L311-3 4° du CASF, R4312-35 du CSP.</p> <p>■■■■ a présenté à la mission le process d'accès au logiciel de soins informatisé avec la création pour les personnels habilités d'un identifiant unique par utilisateur (droits ouverts en lecture et en écriture en fonction du statut professionnel (métier)).</p> <p>■■■■ a précisé que les médecins traitants, le laboratoire d'analyses biologiques et l'officine ont un accès extérieur au logiciel, avec des droits ouverts en fonction de la nature des données sur laquelle portent les transmissions échangées avec ces professionnels.</p> <p>L'usage de codes d'accès partagés (« AS vacataires de nuit », ...) a fait l'objet d'une remarque (cf. plus haut).</p>	

2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.4.1.1	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Etat général du bâtiment</u> <u>Taux de vétusté des locaux et des équipements</u>	<p>Le bâtiment est globalement en bon état et semble être régulièrement entretenu, avec visiblement un effort particulier sur les chambres.</p> <p>Il est toutefois à noter de nombreuses négligences ayant trait à l'état du bâtiment : nombreuses armoires électriques ouvertes (3 au 1er étage, 2 au 2ème étage, 2 au 3ème étage), portes d'accès aux escaliers non sécurisées et réserves librement accessibles.</p> <p>Ecart n°28 : Les armoires électriques ne sont pas fermées de manière sécurisée.</p>  <p>Ecart n°29 : L'accès aux escaliers n'est pas sécurisé pour les résidents à risques.</p> <p>:</p>	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Ecart n°30 : Les espaces de réserves ne sont pas fermés de manière sécurisée.	
2.4.1.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Système de climatisation de l'EHPAD</u>	Le rez-de-chaussée et les tisaneries des étages sont climatisées et en état de marche. La salle de tisanerie du 1er étage était particulièrement fraîche lors de la visite de l'établissement.	D312-161 CASF (pièce rafraichissante)
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Les personnes à mobilité réduite (PMR) peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution :</u> - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs...	L'établissement est adapté à la circulation des personnes à mobilité réduite avec de larges couloirs équipés de barres d'appui et 2 ascenseurs pour l'accès aux étages.	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.4	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Mise à disposition de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie</u>	L'établissement dispose de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes. Remarque n° 52 : En l'absence de données sur l'état de dépendance des résidents, la mission n'a pas pu vérifier si l'établissement est suffisamment doté.	Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.1.5	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Organisation du suivi des réparations</u>	Un cahier de demande d'intervention technique est disponible à l'accueil. Remarque n° 53 : En l'absence de la transmission d'un document de suivi des réparations et petits travaux, la mission n'a pas pu vérifier leur effectivité.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.4.1.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Outils et des équipements de travail.</u>	Le personnel n'a pas remonté d'insuffisances d'équipements de travail (portes-malades, tapis de transfert,...) pour assurer ses missions.	L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
2.4.2.0	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> Financier		
2.4.2.1	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Circuit du linge</u>	<p>La lingerie permet la marche en avant pour le traitement du linge.</p> <p>L'établissement prend en charge le linge du personnel de l'établissement. La dernière enquête de satisfaction transmise par l'établissement date de [REDACTED].</p> <p>Remarque n° 54 : L'établissement ne réalise pas une évaluation régulière de l'entretien du linge.</p>	Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

2.5. Sécurité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.5.1.1	Sécurités	<u>Organisation de la collecte et l'élimination des DASRI</u>	<p>indique à la mission que l'établissement dispose d'un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI avec une périodicité d'enlèvement hebdomadaire.</p> <p>montre à la mission une procédure « DASRI » affichée dans le local Infirmerie.</p> <p>Remarque n° 55 : L'établissement n'a pas transmis les procédures relatives à la collecte et à l'élimination des DASRI au sein de l'établissement.</p> <p>Lors de la visite sur site, la mission constate que les chariots de distribution de médicaments sont équipés de collecteurs DASRI. Elle constate également le rangement dans un espace dédié du carton collecteur des DASRI (rangement sous le plan de travail où se trouve l'évier) portant une étiquette d'identification (nom EHPAD, local, date de mise en service).</p> <p>Ecart n°31 : La mission constate l'absence de transmission par l'établissement de la convention écrite par laquelle l'établissement confie l'élimination de ses déchets d'activités de soins et assimilés à un service/établissement en mesure d'effectuer ces opérations. L'absence de ce document contrevient aux dispositions de l'article R1335-3 du CSP.</p>	R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI)

2.5.1.2	Sécurités	<u>Vaccination</u>	<p>indique à la mission que les dernières campagnes de vaccination anti-covid et anti-grippe se sont déroulées en présence de la MEDCO.</p> <p>Remarque n° 56 : L'établissement n'a pas transmis à la mission la liste des résidents vaccinés contre la maladie COVID, ni celle des résidents vaccinés contre la grippe saisonnière.</p>	
2.5.1.3	Sécurités	<u>Systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation</u>	<p>Les espaces de circulation sont équipés de barres d'appui et ponctuellement de fauteuils. L'accueil et les espaces proches des ascenseurs sont équipés de bancs fixes.</p>	L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.1.4	Sécurités	<u>La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?</u>	<p>Les entrées et sorties de l'EHPAD sont contrôlées par l'accueil qui est présent de .</p> <p>Remarque n° 57 : La mission a constaté que ce fonctionnement rend compliqué la circulation des personnes en dehors de ces horaires ce qui peut être une entrave à la liberté d'aller et venir dans l'établissement des résidents et de leurs proches.</p>	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.1.5	Sécurités	<u>Système d'appel malade pour les résidents</u>	<p>Les chambres sont équipées d'appels-malade fonctionnels adossés aux lits du résident. Lors de la mission le personnel intervient une minute après le déclenchement de l'alerte, transmis directement via le système de téléphonie interne. Il a toutefois été porté à l'attention de la mission des réclamations sur les délais d'intervention des équipes.</p>	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

3. Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes - Maltraitance		
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Procédure d'admission</u>	Malgré plusieurs relances la direction de l'EHPAD n'a pas transmis de procédure d'admission à la mission d'inspection. Toutefois, si la procédure d'admission est inscrite au règlement de fonctionnement de la structure, [REDACTED] n'en avait pas connaissance le jour de l'inspection. Elle ajoute qu'en l'absence de MEDCO, [REDACTED] valide les admissions après présentation du dossier par la cadre de santé.	(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

3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Avis du MEDCO lors de l'admission	<p>Lors de son entretien avec la mission, [REDACTED] précise ne pas savoir si l'établissement dispose d'une procédure d'admission écrite. L'établissement n'a pas transmis la procédure d'admission de l'établissement. Cependant il a transmis un document « contrat de séjour » qui indique que : « L'admission est prononcée par la Présidente du CIAS, sur avis de la commission d'admission composé du directeur, du médecin coordinateur et de l'infirmière chef ».</p> <p>Remarque n° 58 : La mission constate que le document « contrat de séjour » doit être actualisé, notamment pour ce qui concerne la déclinaison des fonctions des professionnels afin de permettre au public d'identifier les personnels qu'il est amené à rencontrer (e.g. Infirmier(ère) coordinateur (trice) et non infirmier(ère) chef).</p> <p>[REDACTED] décrit, lors de son entretien avec la mission, la procédure d'admission comme suit : à la suite de la demande d'admission à l'EHPAD de la personne âgée ou de sa famille, il leur est proposé une visite de l'établissement et transmis des informations relatives à cette éventuelle admission. Après réception du dossier médical une visite de préadmission est organisée avec le MEDCO pour la personne candidate à l'admission (avec sa famille) à l'issue de laquelle le MEDCO donne un avis écrit.</p> <p>[REDACTED] indique que depuis sa prise de [REDACTED], elle a été sollicitée pour donner un avis sur l'admission d'un résident en raison de la vacance du poste de MEDCO. Elle précise que [REDACTED] résidents ont été admis sans avis de médecin coordinateur (cf. vacance de poste). Elle précise que les médecins</p>	<p>D312-158 2° CASF (missions du MedCo)</p> <p>D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)</p>
---------	---	-----------------------------------	--	--

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>traitants de ces résidents ont été sollicités pour remplir la partie médicale du CERFA.</p> <p>██████ précise que le bilan médical lors de l'admission comprend de manière systématique un examen clinique médical, la prise de poids et des paramètres vitaux. D'autres évaluations peuvent être programmées par le MEDCO (quand la MEDCO était en fonction) ou par le médecin traitant. ██████ précise que les GIR sont évalués un mois après l'admission et tous les 6 mois, et qu'un MMS est réalisé systématiquement.</p>	
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la qualité des prestations offertes par la structure notamment : - Vérifier l'existence du projet d'accueil et d'accompagnement - Vérifier que les modalités d'accompagnement tout au long du séjour respectent le projet d'accueil et d'accompagnement - S'assurer que l'accompagnement proposé prend en compte la famille et l'entourage et qu'un référent a été identifié au sein de la structure <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Maltraitance</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.2.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Elaboration mise en pratique des projets d'accueil et d'accompagnement des résidents	<p>Une psychologue a été recrutée depuis [REDACTED] pour un CDD [REDACTED] pour élaborer les PVI, en lien avec l'équipe. Depuis son arrivée, aucun PVI n'a été entamé.</p> <p>Un projet d'élaboration et de mise à jour des PVI est en cours.</p> <p>Ecart n°32 : Les projets personnalisés de vie, ne sont pas élaborés, et lorsqu'ils existent, ne sont pas réactualisés, comme le prévoit l'article D312.155.0 3° du CASF.</p> <p>[REDACTED] indique que son travail [REDACTED] repose aussi sur l'évaluation des troubles cognitifs et psychologiques des résidents de l'EHPAD.</p>	<p>L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes)</p> <p>L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident)</p> <p>L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI)</p> <p>R4312-14 (IDE recherche consentement patient)</p> <p>D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD)</p> <p>HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008</p> <p>HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012</p>
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <p>- S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie</p> <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance</p>		
3.1.3.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges, hors transmissions, 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 :</p> <p>- temps d'expression,</p> <p>- de partage d'information ?</p>	[REDACTED]	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.3.2	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 ?		<p>D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF</p> <p>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</p> <p>HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018</p>

3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Modalités d'intervention des médecins traitants	<p>indique à la mission que l'établissement dispose d'un poste de médecin prescripteur. Ce poste était occupé par le précédent MEDCO et il est vacant depuis son départ.</p> <p>Après vérification, la mission constate que des crédits complémentaires non pérennes ont été alloués au titre de temps de médecin prescripteur, .</p> <p>L'établissement a transmis la liste des médecins généralistes intervenant à l'EHPAD auprès des résidents. Sur les résidents de la liste, ont un médecin traitant.</p> <p>Remarque n° 59 : L'établissement n'a pas transmis les contrats des médecins traitants intervenant à l'EHPAD.</p> <p>Lors de son entretien, a précisé à la mission les modalités d'intervention des médecins traitants : médecins viennent régulièrement à l'EHPAD , les 4 autres médecins viennent quand ils sont sollicités.</p> <p>précise que les médecins sont, de manière générale, difficiles à joindre mais lorsqu'ils répondent aux appels, ils se déplacent à l'EHPAD si besoin.</p> <p>indique que la communication avec les médecins ne pose pas de problème.</p> <p>La mission constate lors de la visite sur site que les médecins traitants ont une bannette à leur nom, rangée à l'infirmerie.</p> <p>précise que, de manière générale, lors de la venue du médecin traitant à l'EHPAD, celui-ci prend connaissance des transmissions relatives à son patient et échange avec l'IDE ou les</p>	<p>D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux)</p> <p>L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD)</p> <p>D312-158 2° CASF (missions du MedCo)</p>
---------	---	---	--	--

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>soignants présents pour faire le point de la situation du résident qu'il est venu consulter et donner une conduite à tenir pour les soins à dispenser.</p> <p>■ précise que les médecins font toujours des transmissions orales et, le plus souvent, des transmissions écrites.</p> <p>■ indique que les médecins traitants intervenant à l'EHPAD ne suffisent pas à assurer les prescriptions et les prises en charge.</p> <p>La liste nominative des médecins traitants des résidents transmis par l'établissement montre que ■ résidents (soit près de ■ des résidents) n'ont pas de médecin traitant.</p> <p>■ précise qu'en cas de besoin (symptomatologie aiguë, renouvellement de traitement), il est fait appel aux médecins traitants intervenant dans la structure.</p> <p>Remarque n° 60 : Bien que ■ indique que les médecins traitants des autres résidents pallient, ponctuellement en cas de besoin, sur sollicitation des IDE, l'absence de désignation de médecin traitant pour ■ résidents, l'absence de médecin coordinateur (MEDCO) conjuguée à celle de médecin prescripteur ne permettent pas un suivi médical de qualité et optimal pour les résidents qui n'ont pas de médecin traitant.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.3.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Régularité et la complétude des dossiers <u>médicaux</u> , à partir d'un échantillon de dossiers	Cf. 2.3.3.2	L311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4321-91 CSP (code déonto kiné, traçabilité des séances) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)
3.1.3.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Planification des temps de transmissions inter équipes</u>		L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données 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)

3.2. Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
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	Moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne	En l'absence de procédure définie, les entretiens avec les familles rencontrées ont permis de mettre en lumière une absence d'organisation formelle des liens avec les familles, les proches, les	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>aidants. Les familles se plaignent d'absence de communication et ne pas savoir à qui s'adresser.</p> <p>Remarque n° 61 : Si le règlement de fonctionnement de l'EHPAD les Quatre Saisons prévoit la mise en place d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents, [REDACTED] a indiqué à la mission que celles-ci n'ont pas été réalisées depuis son arrivée.</p>	
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	<p><u>Principaux objectifs du contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p><u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance</p>		
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 mission constate que la charte des droits et des libertés est affichée le jour de la visite.	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir les droits des résidents	La mission constate que l'arrêté personne qualifiée est affiché le jour de la visite. Le règlement de fonctionnement de l'établissement fait également mention de la possibilité de recours à une personne qualifiée.	L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.3	Respect des droits des personnes	<u>Dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance</u>	<p>L'analyse des dossiers de résidents par la mission n'a pas permis de vérifier la désignation de personnes confiance.</p> <p>L'établissement ne disposant pas de procédure d'admission, il n'a pas pu être vérifié si les</p>	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			personnes de confiance sont identifiées dès l'admission.	
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	<u>Comptabilisation des contentions dans le RAMA</u>	<p>L'établissement n'a pas transmis de RAMA permettant à la mission d'étudier l'analyse faite par l'établissement des contentions.</p> <p>Lors de son entretien, [REDACTED] indique que les contentions sont réalisées de manière individualisée sur prescription médicale, et que leur réalisation est motivée et issue d'une discussion pluridisciplinaire.</p> <p>[REDACTED] indique qu'elles ne font pas l'objet de réévaluations régulières et tracées (en particulier pas de réévaluation à 24 heures).</p> <p>[REDACTED] indique que l'établissement dispose d'un protocole relatif à la contention. Elle précise que le consentement du résident et de sa famille est recueilli mais que cette recherche et son résultat ne sont pas tracés.</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 62 : L'établissement n'a pas transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le protocole relatif à l'usage de la contention chez les résidents, - L'accord du résident et/ou de sa famille, s'il est recueilli, n'est pas tracé, - Les contentions ne sont pas régulièrement évaluées ce qui est contraire aux RBPP, 	<p>L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident)</p> <p>R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir)</p> <p>R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident)</p> <p>R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir)</p> <p>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000</p> <p>Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			- L'établissement n'a pas transmis à la mission la liste des résidents sous contention et les types de contentions les concernant. -----	
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Moyens de renforcement de l'identification des <u>usagers</u>	La mission constate que les noms des résidents sont indiqués sur les portes des chambres.	

3.3. Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.1.1	Vie sociale et relationnelle	Référent animation	<p>Au jour de l'inspection l'établissement dédiait aux animations ■ animatrice, une personne en soutien à la réalisation des animations et ■ stagiaires.</p> <p>■ indique que les animations sont peu variées et redondantes malgré les effectifs dédiés, conséquent au fait que les animations sont limitées à celles réalisées en interne et/ou à faible coût pour des raisons budgétaires. Pour ces mêmes raisons de nombreuses animations par prestataire externe ont été arrêtées en ■ et chaque nouveau financement d'animation doit désormais être validé par le Président du CIAS.</p> <p>Remarque n° 63 : Le projet d'animation n'est pas actualisé et validé par le CVS dans le cadre de la mise à jour du projet d'établissement.</p> <p>Ecart n°33 : Les prestations d'animation font parties des prestations minimales d'hébergement et ne doivent par conséquent pas faire l'objet de restriction budgétaire significative (article D312-159-2 du CASF.</p> <p>Les animations de la journée sont affichées à l'accueil. D'après l'animatrice, la programmation mensuelle des animations est en principe affichée à chaque étage devant l'ascenseur et remise individuellement aux résidents. Toutefois le jour de l'inspection la programmation du mois de juin n'était toujours affichée.</p>		<p>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)</p>

			Remarque n° 64 : L'établissement ne veille pas à l'affichage de la programmation mensuelle des animations.	
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	Remarque n° 65 : Le projet d'établissement comprend un volet consacré à l'animation, toutefois le projet d'établissement transmis n'est plus actuel, ce qui pose la question de sa validité.	

3.4. Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance		D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Equipement de la chambre du résident</u>	Les chambres sont toutes équipées de salles d'eau individuelles, elles-mêmes équipées et adaptées avec sanitaire et douches. Le mobilier est adapté à la mobilité des personnes avec la possibilité d'apporter du mobilier personnel et de décorer à sa guise la chambre. Les chambres, leurs tailles et leurs agencements permettent aux résidents d'y accueillir des personnes.	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)
3.4.2.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Maltraitance		D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.2.1	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Enquête de satisfaction sur la restauration</u>	La dernière enquête de satisfaction transmise par l'établissement date de [REDACTED]. Remarque n° 66 : L'établissement n'a pas réalisé une évaluation régulière de la restauration. Remarque n° 67 : L'établissement n'a pas organisé de commissions des menus durant des mois avant l'arrivée de la directrice.	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Menu ou mets de substitution</u>	L'observation des menus a permis de constater que le service de restauration tâche d'adapter les	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			repas aux préférences des résidents. Il propose aussi des mets de substitution le cas échéant.	
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux</u>	<p>Les régimes, textures et l'ajout de compléments alimentaires sont recensés en cuisine. Leurs suivis et adaptations sont réalisés par une diététicienne qui est présente 1 fois par semaine. Le rôle de [REDACTED] dans ce suivi n'a jamais été évoqué lors de la mission.</p> <p>Remarque n° 68 : [REDACTED] n'est pas partie prenante du suivi des régimes, textures et ajouts de compléments nutritionnels des résidents.</p>	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Horaires des repas</u>	<p>Les repas sont affichés à la journée, ce qui n'est pas le cas de l'affichage de la programmation hebdomadaire ou mensuelle.</p> <p>Les horaires des repas sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - petit déjeuner à partir de 8H30 ; - repas du midi de 12H jusqu'à 13H30-14H ; - collation de goûter vers 16H (gâteau et jus de fruits) ; - repas du soir à partir de 18H30, pris en chambre pour les résidents les plus dépendants ; - collation nocturne possible (gâteau et jus de fruits en principe, adaptable selon le résident). 	<p>D312-159-2 (prestations minimales hébergement)</p> <p>Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne)</p> <p>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</p> <p>RBPP HAS</p> <p>Recommandations du GEM-RCN</p>
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Suivi effectif de l'état nutritionnel</u>	<p>Les quantités servies lors des repas sont correctes au vu du service du jour de l'inspection.</p> <p>Remarque n° 69 : Il est apparu que les repas pouvait manquer d'aliments périphériques (pain, vin,...) du fait de problème de livraison, conséquent à des</p>	<p>D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF</p> <p>L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>HAS reco 2007</p> <p>HAS reco 10 novembre 2021</p> <p>14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>retards de paiement de fournisseurs de denrées.</p> <p>Le personnel de cuisine a recours aux entremets et aux compléments alimentaires en poudre pour les résidents identifiés avec des carences.</p> <p>L'attribution des compléments alimentaires est réalisée en lien avec la gestion des régimes.</p> <p>██████ ne fait pas le lien avec le service de restauration sur l'identification et le suivi des résidents dénutris</p> <p>Remarque n° 70 : Le service de restauration n'est pas intégré à la démarche d'identification et de suivi des résidents dénutris.</p>	
3.4.3.6	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Procédure d'aide au repas</u>	<p>La majorité des résidents déjeune dans la salle de restauration, seul ██████ le jour de la mission a mangé en chambre (la mission n'a pas constaté de résidents oubliés dans les chambres).</p> <p>La salle de restauration est organisée en 2 parties : d'un côté les résidents avec un besoin d'aide aux repas et de l'autre les résidents plus autonomes (majoritaires).</p> <p>Les professionnels sont centrés sur l'aide aux repas des résidents le nécessitant au détriment de l'observance des résidents les plus autonomes (constat que des personnes autonomes n'ayant pas finis leur repas n'ont pas fait l'objet de stimulations)</p>	<p>L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Remarque n° 71 : L'ensemble des résidents ne fait pas l'objet d'une observance lors des repas, y compris les plus autonomes, en particulier sur la consommation de leurs rations alimentaires.</p> <p>Remarque n° 72 : L'établissement n'a pas mis en place de procédure d'aide aux repas.</p> <p>Remarque n° 73 : L'établissement ne propose pas de formation sur la déglutition à ses agents.</p>	
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance		
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Fréquence des toilettes</u>	<p>Les toilettes sont quotidiennement assurées par un aide-soignant (■ toilettes par agent). Le petit-déjeuner peut-être servi avant les toilettes à la demande des résidents.</p> <p>La traçabilité des toilettes est organisée par le remplissage d'un cahier de suivi des toilettes pour chaque résident.</p>	L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ?</p> <p>Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?</p> <p>Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?</p>		

3.5. Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.5.1.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes		
3.5.1.1	Soins	<u>Professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure</u>	Cf partie 2.1.1.1 et 2.1.1.2 L'EHPAD dispose d'une convention soins buccodentaire datée du [REDACTED] Une convention avec le centre médico-chirurgical datée du [REDACTED] Une convention EHPAD –officine datée du 03/03/[REDACTED] Convention d'intervention d'un pédicure-Podologue, [REDACTED].	L312-1 II 4°alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
3.5.1.2	Soins	<u>Organisation du travail</u>	Cf. Partie 2.1.1.2	
3.5.1.3	Soins	<u>Coordination de l'équipe soignante</u>	Au jour de la visite, pas de poste de médecin coordonnateur pourvu. Une infirmière, en CDD a été désignée faisant fonction d'IDE depuis [REDACTED]. Les modalités d'exercice de l'IDEC sont définies cf. Fiche de poste. Les données relatives à la coordination médicale et paramédicale ont été recueillies lors de l'entretien de l'IDEC avec la mission.	D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>indique, que le jour de la visite d'inspection le poste de médecin coordinateur est vacant depuis le départ de ce médecin.</p> <p>L'établissement a transmis une fiche de poste de MEDCO.</p> <p>informe la mission du recrutement d'un MEDCO à partir de septembre ; elle précise à la mission qu'il est prévu que ce médecin réalise des vacations à partir de .</p> <p>L'établissement a transmis à la mission une promesse d'embauche d'un MEDCO à compter du sur un contrat à temps partiel à hauteur de ETP réparti pour moitié de temps sur des fonctions de MEDCO (ETP) et moitié de temps sur une fonction de médecin prescripteur (ETP).</p> <p>L'établissement n'a pas transmis le contrat du MEDCO.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°34 : La vacance de poste de médecin coordinateur le jour de la visite sur site ne satisfait pas aux obligations de l'article D312-156 du CASF, de l'article D312-158.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°35 : La promesse d'embauche transmise par l'établissement prévoit que le médecin en cours de recrutement exercera à hauteur de ETP les fonctions de coordination médicale. Or le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>âgées dépendantes stipule que la présence du médecin coordinateur dans un EHPAD entre 60 et 99 places doit être au moins de 0,6 ETP.</p> <p>■■■■■ indique à la mission qu'elle exerce ses fonctions à hauteur d'un ETP. ■■■■ assure des astreintes administratives une semaine par mois. Elle indique qu'elle est en charge, avec l'assistante administrative de direction, des plannings des IDE, des AS et des AMP.</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■ exerce en tant qu'IDEC depuis ■■■■■.</p> <p>■■■■■ précise qu'elle a un contrat avec une fiche de poste qui définit ses missions en tant qu'infirmière en charge de la coordination des soins, ses modalités d'exercice, la quotité en ETP, ses jours de présence et horaire. Elle est présente à l'EHPAD du lundi au vendredi.</p> <p>■■■■■ (elle indique qu'elle vient régulièrement rencontrer l'équipe de soins les week-end).</p> <p>Elle informe la mission qu'elle était en congé le jour de la visite sur site, mais qu'en raison de l'absence de l'IDE en poste ce jour-là elle a assuré le remplacement de cette IDE.</p> <p>L'IDEC précise que la continuité de la coordination paramédicale lors de ses absences est assurée par un IDE exerçant dans l'établissement depuis ■■■ ans.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>L'établissement a transmis une copie du contrat de l'IDEC en qualité d'infirmière coordinatrice.</p> <p>L'IDEC précise à la mission qu'elle est titulaire d'un DE d'infirmier. Elle indique qu'après l'obtention de son diplôme elle a exercé en tant qu'IDEC [REDACTED].</p> <p>Elle n'a pas de formation de cadre de santé, ni de formation à la fonction d'infirmier référent/coordonateur en EHPAD.</p> <p>L'IDEC informe la mission qu'elle envisage la possibilité de s'inscrire à une formation au métier d'infirmier coordinateur. Cependant le jour de la visite sur site, aucune proposition de formation pour l'IDEC n'a été arrêtée par la direction de l'EHPAD.</p> <p>Remarque n° 74 : L'entretien de l'IDEC avec la mission souligne le besoin de celle-ci d'appropriation de ses missions et d'une définition plus précise des axes de priorisation parmi celles-ci.</p> <p>Le jour de la visite l'IDEC informe la mission que le pharmacien est le référent de la PECM.</p> <p>Ecart n°36 : L'absence de coordination médicale et paramédicale efficiente liée à la vacance de poste de médecin coordinateur et au besoin d'appropriation de ses missions de l'IDEC ne permet pas de satisfaire les dispositions de l'article D312-155-0 du CASF.</p>	
3.5.2.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que l'organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et permet de mener à bien le projet de soins de la structure : évaluation des besoins, surveillance de l'état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments, rangement et archivage des dossiers des		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
		patients <u>Principales catégories de risques possibles</u> : Juridique ; Sécurité des personnes		
3.5.2.1	Soins	<u>Supports et cahiers de transmission (</u> <u>Organisation de la transmission d'informations</u> <u>Connaissance des protocoles et procédures de soins par les professionnels</u> <u>Individualisation et réévaluation des plans de soins</u>	Supports de transmission concernant les soins ■■■■■ a présenté à la mission les différents supports dédiés à la transmission des informations de santé entre les professionnels du soin en charge des résidents. Concernant les transmissions relatives à la prise en charge des résidents, ■■■■■ précise que l'EHPAD a mis en place plusieurs supports et outils, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - Bannettes individuelles pour les professionnels extérieurs (médecins, ...) - Les médecins traitants ont chacun un cahier de liaison support des demandes des IDE relatives aux soins pour les résidents (cahier rangé dans la bannette du médecin). ■■■■■ indique que les actions de soins (IDE, AS, psychomotricien, psychologue) sont tracées, selon le type de soins, dans le logiciel ■■■■■. Concernant les éléments des réunions cliniques pluridisciplinaires, elle précise que seules les nouvelles actions de soins programmées ou des éléments de santé nouveaux et significatifs sont tracées dans les dossiers médicaux et de soins des résidents concernés. Elle indique à la mission le manque de traçabilité des bilans et des transmissions des masseurs-kinésithérapeutes. Elle précise que les déclarations de chutes chez les résidents et les prescriptions des contentions sont faites dans le logiciel de soins.	"L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)"



N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Les IDE utilisent un tableau blanc installé sur un des murs de l'infirmierie pour le rappel de certains soins à réaliser chez les résidents.</p> <p>Plan de soins IDE et AS Les plans de soins IDE et AS prévisionnels et le report des soins réalisés (traçabilité des soins réalisés) sont établis sous le logiciel [REDACTED].</p> <p>Les plans de soins et le plan d'administration des médicaments sont individualisés pour tous les résidents. Ils sont actualisés en fonction des modifications apportées par le médecin. La traçabilité des soins dans les plans de soins a fait l'objet de remarques (cf. 2.3.3.2).</p> <p>Protocoles de soins [REDACTED] indique lors de son entretien qu'un classeur dédié aux protocoles de soins est rangé à l'infirmierie. Ce classeur n'a pas été présenté à la mission. Elle précise à la mission que les professionnels du soin connaissent les protocoles et les procédures de soins, les indications d'appel d'un médecin ou du 15, de signalements, de prescription de contention.</p> <p>La mission a noté l'affichage dans le local « Infirmierie » des protocoles : « Appel au centre 15 », « Urgences et problèmes médicaux », « transfert et hospitalisation en urgence ».</p> <p>La mission a pris connaissance lors de la visite sur site (dans une série de documents présentés par la direction) d'une liste répertoriant des protocoles et procédures relatifs aux soins et au</p>	


N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>circuit du médicament, sans indication concernant l'effectivité de mise en œuvre de ces protocoles et procédures listés le jour de la visite sur site.</p> <p>Remarque n° 75 : L'établissement n'a pas transmis à la mission les protocoles et procédures relatifs aux soins et au circuit du médicament en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site de la mission d'inspection.</p> <p>Dans sa réponse adressée en pièce jointe d'un courriel à la date [REDACTED] à la lettre d'intention, le Président du CIAS indique que le médecin coordinateur recruté [REDACTED] a élaboré des protocoles de soins portant sur « la prise en charge de la douleur, les pansements, la sécurisation de la prise de médicaments, les injections ».</p> <p>Le Président du CIAS précise que la mise en œuvre des procédures de soins sera communiquée début septembre lors des comités de direction et fera l'objet d'une note d'informations au conseil d'administration de [REDACTED]. Par ailleurs il est précisé également qu'un cahier des procédures de prise en charge sera mis à disposition des familles fin septembre.</p> <p>Plusieurs protocoles sous version dématérialisée ont été transmis en pièces jointes au courriel du Président du CIAS : « protocole directives anticipées.pdf », « Protocole Distribution.pdf », « Protocole Douleur.pdf », « Protocole Soins de confort.pdf », « Protocole Tracage.pdf », « textes type prescriptions anticipées.docx.pdf », « textes</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>type prescriptions anticipées.docx-1.pdf. Les protocoles concernant « les pansements », « les injections » dont il est fait mention dans le courrier n'ont pas été transmis.</p> <p>La mission note, dans la réponse du Président du CIAS adressée par courriel [REDACTED], la démarche d'amélioration de la qualité des soins avec la mise en place ou l'actualisation de protocoles de soins sous la responsabilité du médecin coordinateur nouvellement recruté.</p> <p>Remarque n° 76 : La mission constate que la rédaction de certains protocoles (ou procédures) de soins transmis risque de rendre difficile l'appropriation des protocoles par les personnels en charge de les appliquer, notamment concernant : l'identification de la situation cible (ou de l'objectif cible) de la procédure (e.g. : le « protocole directives anticipées.pdf » est relatif aux prescriptions médicales anticipées et non à la rédaction des souhaits du résident relatifs à sa fin de vie), la date de mise en application du protocole (en particulier si d'autres protocoles sur la même thématique existent, e.g. « Protocole Distribution.pdf»), les professionnels concernés, les objectifs de soins à atteindre, la mise en place des conditions favorables de soins, l'explicitation de l'ensemble des actions attendues des professionnels impliqués, ...</p> <p>Remarque n° 77 : La mission constate que la mise en œuvre des procédures élaborées par le médecin coordinateur est</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>prévue en septembre. Il apparaît souhaitable qu'une information/formation interne concernant les protocoles et les procédures de soins soit dispensée aux personnels de soins en charge de les mettre en œuvre en vue de leur appropriation par ces professionnels avec une évaluation des pratiques à distance de la formation.</p> <p>-----</p> <p>Personnels nouveaux arrivants [] indique à la mission que l'établissement n'a pas mis en place de protocole formalisé d'accueil des nouveaux professionnels. Elle précise que les professionnels sont accompagnés pendant une journée par le professionnel de leur corps de métier en poste le jour de leur arrivée (accompagnement d'un IDE par l'IDE en poste, d'un AS pour un AS en poste).</p>	
3.5.2.2	Soins	<u>Modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin</u>	<p>Cf. 3.5.2.1; 2.3.3.2 L'entretien avec [] indique que de manière générale les soins prévisionnels et les soins réalisés par les IDE et les AS sont indiqués dans le logiciel de soins au fil de l'eau en fonction des besoins des résidents et des prescriptions médicales.</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 78 : [] indique que la traçabilité des soins est effectuée de manière différée car les personnels ne disposent pas de tablettes ou d'ordinateurs sur les chariots dédiés aux soins ou à la distribution des médicaments.</p> <p>-----</p> <p>L'exhaustivité et la qualité des transmissions soignantes ont fait l'objet d'une remarque (cf. 2.3.3.2).</p>	<p>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</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.5.2.3	Soins	<u>Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts ?</u>	<p>■■■■■ a présenté à la mission le process de l'établissement concernant l'utilisation de produits multi-usage qui comporte sur la boîte du produit l'indication de l'identité du patient (nom du résident) et de la date d'ouverture du produit.</p> <p>Remarque n° 79 : La mission constate le jour de la visite sur site que deux produits multi-dose, se trouvant dans le tiroir à médicaments individuel d'un résident, dans le chariot de distribution des médicaments ne comportent pas : le nom du patient, la date d'ouverture, la date de péremption. Par ailleurs le produit est ouvert.</p> <p>Remarque n° 80 : De plus, le tiroir à médicament contient deux dispositifs doseurs (pipettes) de capacités différentes dont l'usage n'est pas identifié. Outre la défaillance dans les mesures d'hygiène à respecter en matière de stockage et d'utilisation de produits médicamenteux, ce manquement aux RBPP relatif à l'usage des produits multi-usage entraîne un risque en matière de pharmacovigilance (erreur médicamenteuse par un mésusage d'un dispositif doseur dont les graduations ne correspondent pas à celle du dispositif doseur dédié au flacon de médicament utilisé) ; cf. photo ci-dessous.</p> <p>Remarque n° 81 : Un sondage réalisé par la mission a montré, dans le chariot à médicaments et dans l'armoire à médicaments, dans le tiroir de résidents, des produits multi-usage ouverts sans</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>identification du résident et sans indication de la date d'ouverture et de la date de péremption (cf. photo ci-dessous).</p> <div>   </div> <p>Flacons et dispositifs doseurs dans le chariot à médicaments Flacon dans l'armoire à médicaments</p> <p><u>Photos</u> : Produits multi-usage dans le tiroir individuel de résidents sans étiquette d'identification, sans date d'ouverture, sans date de péremption.</p> <p>Remarque n° 82 : Un sondage réalisé par la mission dans les bacs dédiés au rangement des produits utilisés pour les soins infirmiers montre que des produits antiseptiques multi-dose ont une date d'ouverture de plus d'un mois (cf. photo ci-dessous) et/ou sont rangés dans de mauvaises conditions de conservation (flacon avec opercule ouvert), ces conditions ne garantissent pas l'intégrité de ces produits.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			 <p>Flacons antiseptiques ouverts depuis plus d'un mois</p> <p>Flacon avec opercule ouvert</p> <p>Photo : flacons antiseptiques ouverts depuis plus d'un mois le jour de la visite</p>	
3.5.2.4	Soins	<u>Procédures du circuit du médicament</u>	<p>Au cours de la visite sur site, la mission a relevé sur une liste présentée par la direction que l'établissement dispose de protocoles et procédures relatifs au circuit du médicament : « Procédure du circuit des ordonnances », « procédure concernant nettoyage du frigo de la salle de soins », « procédure rangement et approvisionnement pharmacie », « procédure nettoyage chariot médicaments », « procédure nettoyage dispositifs médicaux », « protocole bon usage des antiseptiques », « protocole suivi AVK », « protocole bon usage des antibiotiques ».</p> <p>Cependant les protocoles et les procédures relatifs au circuit du médicament (dont ceux mentionnés sur la liste) n'ont pas été transmis à la mission.</p> <p>Remarque n° 83 : L'établissement n'a pas transmis à la mission les procédures et protocoles relatifs au circuit du médicament en vigueur le jour de la visite d'inspection.</p> <p>Des remarques ont été faites concernant les protocoles [REDACTED] par l'établissement (cf. 3.5.2.1).</p>	<p>R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE)</p> <p>L311-3 1° CASF (sécurité du résident)</p> <p>R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Concernant la question du circuit du médicament, [] précise l'organisation mise en place entre l'officine et l'EHPAD comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les prescriptions sont rédigées dans le logiciel [] par les médecins traitants avec un accès à distance ouvert pour l'officine, - dans le cas d'ordonnance manuscrite non retranscrite par le médecin traitant (ou MEDCO) dans [], l'ordonnance est faxée à l'officine après que l'officine ait été informée par l'IDE, - livraison par l'officine hebdomadaire (dimanche) avec réception de la livraison par l'IDE, - vérification par l'IDE et préparation des chariots à médicaments pour la semaine à venir. 	
3.5.2.5	Soins	<p><u>Utilisation de l'original de la prescription lors de la dispensation des médicaments.</u></p> <p><u>Rédaction de prescriptions pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?</u></p>	<p>[] précise que la majorité des ordonnances sont rédigées dans [] par les médecins traitants. [] précise que dans le cas d'ordonnances manuscrites (ordonnance manuscrite faxée, prescription de services de soins extérieurs, ...), celles-ci sont retranscrites dans [] par le médecin traitant du résident.</p> <p>L'officine a un accès à distance sur [] (prescriptions médicales) et prépare les médicaments à partir des prescriptions extraites de [].</p> <p>Dans le cas de prescription manuscrite sans possibilité de retranscription par le médecin traitant, l'EHPAD informe l'officine de la transmission par fax d'une ordonnance pour le patient.</p> <p>Les ordonnances manuscrites sont rangées dans le dossier papier du patient.</p> <p>[] indique à la mission que les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel peuvent être</p>	<p>R5132-3 du CSP (modalités de prescription)</p> <p>L4332-1 CSP (acte psychomot sur prescription médicale)</p> <p>L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)</p>


N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			transmises par le pharmacien de l'officine (téléphone, mail, retour de l'ordonnance). ██████ précise que, en dehors de la prescription médicamenteuse, des prescriptions sont rédigées par les médecins traitants pour les soins réalisés par des professionnels libéraux (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ophtalmologiste). Elle indique que les soins à réaliser par les professionnels salariés de l'EHPAD sont tracés dans ██████.	
3.5.2.6	Soins	<p><u>Nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé.</u></p> <p><u>Pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé.</u></p> <p><u>Logiciel d'aide à la prescription.</u></p> <p><u>Conformité et actualisation des prescriptions - date de la prescription.</u> maximale 12 mois</p>	<p>Lors de son entretien, ██████ indique que la quasi-totalité des médecins traitants (██████ médecins) prescrivent dans le logiciel de soins. ██████ précise que deux médecins rédigent leurs prescriptions sur des ordonnances manuscrites et que celles-ci sont faxées à l'officine.</p> <p>Dans le cas d'une ordonnance manuscrite (établie par un service extérieur par exemple), celle-ci est retranscrite dans le logiciel de soins par le médecin traitant.</p> <p>Une copie des ordonnances originales est classée dans le classeur « ordonnances » qui est rangé sur le chariot de distribution des médicaments (1 classeur par chariot selon la répartition des chambres des résidents par étage).</p> <p>Tous les médecins traitants ont un accès à distance à ██████.</p> <p>Remarque n° 84 : ██████ précise à la mission qu'elle ignore les modalités de formation des médecins à ██████.</p>	<p>R5132-3 CSP (modalités de prescription)</p> <p>R5121-91 CSP 2è alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.)</p> <p>R4235-48 CSP (mission pharmacien)</p> <p>Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011</p> <p>Guide des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).</p>


N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>■■■■■ précise que les ordonnances manuscrites étaient retranscrites par le MEDCO (quand celle-ci exerçait dans l'EHPAD) ; elle précise que depuis la vacance du poste de MEDCO les médecins qui ne prescrivaient pas dans le dossier informatisé sont accompagnés par elle-même et les IDE pour la transcription de leurs ordonnances dans ■■■■■.</p> <p>■■■■■ indique qu'aucune retranscription de prescription médicale n'est faite par les IDE.</p> <p>L'analyse par la mission d'un échantillon d'ordonnances montre que les ordonnances examinées sont actualisées et qu'elles contiennent la date de la prescription, le nom, la qualité du prescripteur, la dénomination, la posologie, la durée d'administration.</p>	
3.5.2.7	Soins	<u>Liste préférentielle de médicaments (LPM) :</u>	<p>■■■■■ informe la mission que l'établissement ne dispose pas de liste préférentielle de médicaments. L'établissement n'a pas transmis à la mission ce document s'il existe.</p> <p>■■■■■ précise que les médecins traitants ajustent leur prescription de manière individuelle à leurs patients.</p> <p>Ecart n°37 : : l'établissement n'a pas transmis de liste préférentielle de médicaments, ni précisé si cette liste existe.</p>	L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS)
3.5.2.8	Soins	<u>Pratiques de retranscription des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin</u>	<p>■■■■■ précise à la mission les pratiques de retranscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas d'ordonnance manuscrite : celle-ci est retranscrite par le médecin prescripteur dans ■■■■■ et l'ordonnance manuscrite est rangée dans le dossier médical sous format papier du résident. Afin d'obtenir la délivrance des médicaments, l'ordonnance manuscrite est faxée 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>à l'officine qui est informée par l'IDE de cet envoi. L'officine a accès aux ordonnances saisies sous [REDACTED] pour réaliser la préparation des médicaments sous PDA et hors PDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une copie de l'ordonnance originale est rangée dans le classeur « ordonnance » du chariot de distribution des médicaments correspondant à la chambre du résident. - la vérification de la livraison par l'officine des médicaments à l'EHPAD est faite par l'IDE à partir de la copie de l'ordonnance dans le classeur « ordonnances » des chariots médicaments. [REDACTED] précise que certains IDE utilisent l'ordonnance saisie sur [REDACTED] - la préparation des chariots de distribution des médicaments est faite à partir de la copie de l'ordonnance du classeur « ordonnance » du chariot de distribution des médicaments (1 classeur « ordonnance » spécifique par chariot avec 2 chariots selon étages : 1 chariot 1^e étage 1 chariot 2^e et 3^e étages) - la distribution des médicaments : se fait en utilisant la copie des ordonnances du classeur « ordonnance » rangé dans le chariot de distribution des médicaments (1 classeur par chariot dans lequel sont rangées les copies de la dernière ordonnance pour chaque résident dont la chambre est desservie par le chariot) [REDACTED] indique que la traçabilité de la distribution des médicaments se fait de manière différée (cf. plus haut). - [REDACTED] précise que pour la vérification de la livraison des médicaments, les écarts sont signalés à l'officine pour actions correctives (mail, téléphone) - [REDACTED] précise que hormis la distribution des médicaments (tracée en différé) la réalisation des 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>autres actions (vérification de la livraison de médicaments, préparation des chariots de distribution de médicaments) n'est pas tracée sur un support dédié.</p> <p>Remarque n° 85 : L'établissement n'a pas transmis à la mission les procédures relatives à la vérification des médicaments livrés par l'officine, le rangement des médicaments dans les armoires et chariots à médicaments dédiés, et la préparation des chariots de distribution de médicaments qui sont indiquées sur la liste de procédures consultée sur site.</p> <p>Remarque n° 86 L'entretien de la mission avec [REDACTED] souligne que si l'établissement dispose de ces procédures écrites, celles-ci ne sont pas connues par les professionnels en charge de les mettre en œuvre, [REDACTED] précisant que les process suivis qu'elle a décrit à la mission sont transmis de manière orale aux professionnels (en particulier les professionnels nouveaux-arrivants).</p> <p>La non- transmission par l'établissement des procédures et des protocoles relatifs au circuit du médicament en vigueur le jour de l'inspection (de l'étape de la prescription jusqu'à celle de la surveillance de l'administration des médicaments et de la pharmacovigilance) a fait l'objet d'une précédente remarque.</p>	
3.5.2.9	Soins	Moyens de transmissions : - des ordonnance de l'EHPAD à l'officine	[REDACTED] indique lors de son entretien avec la mission les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine, avec transmission:	R. 5132-13 CSP (données apposées sur ordonnance par officine) R4235-48 CSP (mission du pharmacien)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
		<ul style="list-style-type: none"> - des conseils thérapeutiques de l'officine, - des observations entre EHPAD et officine 	<ul style="list-style-type: none"> -des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : Accès à distance de l'officine au logiciel de soins (la majorité des médecins traitants prescrivent dans le dossier médical et de soins informatisé). Les ordonnances manuscrites (consultation externe, ...) sont faxées à l'officine après que celle-ci ait été informée par les IDE de l'envoi de l'ordonnance. Les ordonnances manuscrites sont retranscrites par le MEDCO ou le médecin traitant (depuis la vacance de poste du MEDCO retranscription par les médecins traitants) - des conseils thérapeutiques de l'officine : Le pharmacien envoie un mail (sur la boîte mail infirmerie) ou il a un échange par téléphone avec l'IDEC ou l'IDE, - des observations entre EHPAD et officine : par fax, ou mail, ou téléphone. [REDACTED] indique que la communication avec l'officine est fluide avec une réponse rapide notamment si besoin d'actions correctives (livraison de médicament, ...). 	L5126-6-1 CSP R5132-22 CSP (pharmacie délivre médicament avec présentation ordonnance) Bonnes pratiques - ordre des pharmacies - dispensation des médicaments (juillet 2021)
3.5.2.10	Soins	<u>Conformité et contrôle du stock tampon</u>	Le stock tampon est rangé dans une armoire dédiée [REDACTED]. Les produits apparaissent bien rangés dans des casiers-tiroirs avec sur la tranche externe le type de molécules (e.g. Vogalène®, ...), eux-mêmes rangés sur les étagères qui comportent sur la tranche visible une étiquette indiquant le type de médicaments rangés sur l'étagère ou leur indication (traitement à visée digestive, antibiotiques, ...). Dans l'armoire est rangé un classeur dédié au stock tampon avec la liste des médicaments du stock sous forme de tableau (famille, nom du médicament, forme, nombre, date de péremption). L'état du stock est indiqué par des	L5126-6 CSP R5126-108 CSP (stock tampon) et -109 (stock tampon dans rangements fermés à clé) CSP R4312-38 CSP (IDE vérifie prescription, dosage, péremption et mode d'emploi du médicament) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) Guide régional ARS Auvergne-Rhône-Alpes « Le circuit du médicament en EHPAD », septembre 2017 (p16) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>annotations manuscrites sur les différentes lignes. Le process de vérification tel qu'indiqué à la fin de la liste pose que le stock tampon doit être vérifié mensuellement (cf. photo ci-dessous).</p> <p>Remarque n° 87 : Les modalités de traçabilité de l'inventaire du contenu du stock tampon (corrections manuscrites avec chiffres raturés, ...) rendent difficile l'appréciation du nombre de produits effectivement présents dans ce stock, ce qui constitue un risque pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Ces produits étant destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence (cf. photo ci-dessous).</p> <p>Remarque n° 88 : La mission constate que la dernière vérification du stock tampon est datée [REDACTED] (cf. photo ci-dessous). L'absence de vérification régulière et tracée du stock tampon est contraire aux RBPP et entraîne des risques pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.</p> <div data-bbox="958 1018 1489 1284">  </div> <p><u>Photos</u> : Première et dernière page de la liste des produits du stock tampon (avec date de la dernière vérification)</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Ecart n°38 : : Le dispositif de fermeture et de verrouillage de la porte de l'armoire dédiée au rangement du stock tampon est cassé ne permettant pas d'assurer la sécurité des produits détenus pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP</p>  <p>Photo : dispositif de fermeture de l'armoire dédiée au stock tampon</p> <p>Le sondage réalisé par la mission n'a pas mis en évidence de médicaments périmés dans le stock tampon.</p>	
3.5.2.11	Soins	<u>Identification jusqu'à l'administration :</u> - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	<p>L'identification du résident dans le cadre de la PECM est assurée par l'apposition d'une étiquette « identité » (comportant une photographie du résident, ses nom et prénom, le numéro de sa chambre) sur les contenants individuels dans lesquels sont rangés les médicaments des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tiroirs de médicaments individuels par résident, 	<p>R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<ul style="list-style-type: none"> - tiroirs de médicaments individuels par résident de l'armoire dédiée au stockage des médicaments, - tiroirs de médicaments individuels par résident des chariots de distribution des médicaments (2 chariots avec répartition des résidents en fonction de l'étage de leur chambre). <p>Sur le bandeau supérieur du dossier informatisé du logiciel de soins () figure l'identité du résident (nom prénom, date de naissance et âge, sexe, numéro de chambre, photographie).</p>	
3.5.2.12	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 ?	<p>A l'EHPAD, la préparation des chariots de distribution de médicaments est réalisée dans le local infirmerie (local adapté pour cette tâche) pour la semaine à venir par l'IDE à la suite de la réception et de la vérification de la livraison des médicaments faite par l'officine le dimanche.</p> <p>Une remarque a été faite concernant le manquement à la sécurisation de ce local (cf. 2.3.3.3).</p> <p>indique à la mission que le process est connu par tous les IDE, y compris les professionnels vacataires, l'information étant donnée oralement à l'arrivée du nouveau professionnel par l'IDEC.</p> <p>Concernant l'entretien des contenants individuels utilisés pour la préparation et le stockage des médicaments des résidents, précise à la mission qu'il n'y a pas de procédure écrite, ni de support de traçabilité de la réalisation de ces actions. Elle ne peut pas préciser la fréquence</p>	Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>d'entretien des contenants récepteurs des médicaments (tiroirs, armoires, ...).</p> <p>Remarque n° 89 : La mission note sur la liste des protocoles consultée sur site que l'établissement dispose de procédures « Rangement et approvisionnement pharmacie » et « nettoyage chariot médicament » auxquels [REDACTED] ne fait pas référence en matière de procédure relative à l'entretien des dispositifs contenant les médicaments au sein de l'EHPAD. Ces procédures inscrites sur la liste des protocoles en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site n'ont pas été transmises à la mission.</p>	
3.5.2.13	Soins	<u>Les conditions de préparation des médicaments</u>	<p>Les PDA sont préparées par l'officine au sein de ses propres locaux.</p> <p>[REDACTED] précise que la majorité des ordonnances sont rédigées dans [REDACTED] par les médecins traitants. Dans le cas d'ordonnances manuscrites, [REDACTED] précise que les prescriptions manuscrites sont retranscrites (ordonnance faxée par le médecin traitant, prescription d'un service extérieur, ...) dans [REDACTED] par le médecin traitant du résident. L'officine a un accès à distance sur [REDACTED] (prescriptions médicales) et prépare les médicaments (PDA et hors PDA) à partir des prescriptions extraites de [REDACTED]. L'ordonnance manuscrite originale est rangée dans le dossier du résident.</p> <p>Sur chaque chariot de distribution de médicaments est rangé un classeur avec une copie de la dernière ordonnance des résidents des étages correspondant au chariot (un classeur pour les ordonnances par chariot). [REDACTED]</p>	<p>R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI)</p> <p>Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>indique que la vérification par l'IDE en charge de la distribution des médicaments de la conformité des médicaments distribués avec la prescription médicale est faite à partir des ordonnances du classeur « ordonnances » rangée dans le chariot (cf. plus haut).</p> <p>indique que les livraisons de médicaments sont réalisées par l'officine une fois par semaine le dimanche (début d'après-midi). La livraison est réceptionnée par l'IDE en poste. La vérification de la livraison et la préparation des chariots de distribution de médicaments sont effectuées le dimanche par l'IDE (cf. plus haut).</p> <p>précise que les éventuels problèmes de livraison de médicaments sont signalés à l'officine par l'IDE par mail (ou téléphone) avec un délai de réponse, et d'éventuelles actions correctives, rapides de la part de l'officine.</p> <p>Dans le cas de la nécessité de réception de médicaments en urgence ou de modification de traitement, l'EHPAD informe l'officine par téléphone et faxe l'ordonnance.</p> <p>Les médicaments stupéfiants sont livrés par un préparateur en pharmacie.</p> <p>Remarque n° 90 : La mission note l'absence de support de traçabilité de la vérification des médicaments livrés par l'officine, des problèmes dans cette livraison et des actions correctrices demandées et réalisées. De même elle note l'absence de support de traçabilité de la préparation des chariots de distribution de médicaments par les IDE à l'EHPAD.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Lors de son entretien [REDACTED] présente à la mission les modalités de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD. Elle indique que l'organisation des tâches IDE le jour de la réception des médicaments, prend en compte la vérification et la préparation des médicaments pour que l'IDE ne soit pas interrompue dans sa tâche.</p> <p>Les traitements médicamenteux sont préparés pour une semaine.</p> <p>Au sein de l'EHPAD, il n'y a pas de double contrôle des médicaments préparés (PDA réalisée par l'officine).</p>	
3.5.2.14	Soins	<u>Sécurisation des chariots de médicaments</u>	<p>Concernant l'administration des médicaments : cf. 3.5.2.8, 2.3.3.2</p> <p>L'administration des médicaments est référée à la dernière ordonnance qui est saisie dans [REDACTED] par le médecin traitant (cf. plus haut).</p> <p>Le process concernant l'administration des médicaments a été décrit par [REDACTED] lors de son entretien avec la mission. L'EHPAD dispose de 2 chariots de distribution de médicaments (1 chariot dédié au 1^e étage, 1 chariot dédié aux 2^e et 3^e étages).</p> <p>Les chariots sont sécurisés (fermeture par code). Ils sont rangés [REDACTED] et fermés le soir par code, mais ne sont pas verrouillés dans les étages pendant la distribution des traitements.</p> <p>Sur chaque chariot est rangé un classeur « ordonnance » (copie des ordonnances des résidents de l'étage (/des étages) correspondant au chariot). Ce classeur est mis à jour régulièrement dès la modification de l'ordonnance du résident. Ce classeur est utilisé pour la vérification de la livraison des médicaments (cf. plus haut).</p>	<p>L311-3 1° CASF (sécurité résident)</p> <p>R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants)</p> <p>L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)</p> <p>R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins)</p> <p>R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Remarque n° 91 : la mission constate qu'un chariot de distribution de médicament ne peut pas être verrouillé (mécanisme de fermeture cassé).</p> <p>L'administration des médicaments est validée dans le logiciel de soins de manière différée et globale pour tous les résidents après la fin de la distribution de l'ensemble des traitements. Pendant la distribution l'IDE vérifie l'administration des médicaments au patient à partir du classeur « ordonnance » rangé dans le chariot (cf. plus haut). L'IDE ne dispose pas de support spécifique (tablette ou support papier) pour transcrire la validation de l'administration des médicaments en temps réel pour chaque résident et les aléas/incidents survenant dans le cadre de la distribution des médicaments (la transcription dans [REDACTED] de la validation de la distribution des médicaments et des commentaires relatifs à cette distribution est faite en fin de distribution des médicaments à partir de support personnel des IDE : notes personnelles, mémoire). Dans le cadre d'une aide à la prise de médicament réalisée par les AS, elles ne disposent pas de support de traçabilité spécifique pour transcrire en temps réel la validation de la prise de médicament par le résident et ses aléas éventuels, la transmission se fait de manière différée à l'IDE et sur [REDACTED] sur le plan de soins AS.</p> <p>Remarque n° 92 : la validation de manière différée de l'administration des</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>médicaments n'est pas optimale et fait courir un risque en matière de sécurité de la prise en charge médicamenteuse (risque d'erreur lié à un défaut dans la procédure de soins).</p> <p>■ précise que les médicaments stupéfiants sont distribués par les IDE et font l'objet d'une administration spécifique.</p> <p>Une remarque a été faite (cf. 3.5.2.3) concernant les produits multi-dose.</p> <p>Le sondage réalisé par la mission dans les chariots de distribution de médicament n'a pas mis en évidence de médicaments stupéfiants ou de médicaments périmés.</p>	
3.5.2.15	Soins	<u>Traçabilité de l'administration</u>	<p>■ précise à la mission que la traçabilité de l'administration ou de la non-administration se fait sur ■ qui indique l'identité du résident et l'identité du soignant.</p> <p>La traçabilité se fait de manière différée, process qui a fait l'objet d'une remarque (cf. 3.5.2.14).</p> <p>Le constat par la mission lors des sondages réalisés dans les chariots de distribution des médicaments et dans l'armoire dédiée au rangement des médicaments des résidents de l'absence de report sur les boîtes ou flacons de spécialités sous forme multi-dose du nom du résident, des dates d'ouverture et de péremption a fait l'objet d'une remarque.</p>	<p>L311-3 1° CASF (sécurité résident)</p> <p>R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants)</p> <p>L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)</p>
3.5.2.16	Soins	<p><u>Liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées)</u></p> <p><u>Protocole de broyage des médicaments :</u> - avec utilisation des sachets ou godets</p>	<p>Lors de son entretien avec la mission ■ indique qu'une liste de médicaments non écrasables existe et qu'elle a été établie avec le pharmacien. Cependant la liste de « médicaments non écrasables et des gélules</p>	<p>Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017</p> <p>Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
		<p>récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?</p>	<p>non ouvrables » n'a pas été transmise à la mission par l'établissement.</p> <p>Remarque n° 93 : l'établissement n'a pas transmis la liste de « médicaments non écrasables et des gélules non ouvrables » en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site.</p> <p>Remarque n° 94 : [REDACTED] indique que l'établissement ne dispose pas de protocole de broyage des médicaments</p>	<p>Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique.</p>
3.5.2.17	Soins	<p><u>Organisation de la délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u></p>	<p>Cf. plus haut [REDACTED] précise à la mission les modalités de distribution et d'administration des médicaments par les AS au sein de l'établissement. [REDACTED] indique qu'il existe une procédure de délégation par l'IDE d'administration des médicaments aux AS et d'aide à la prise des médicaments par les AS. [REDACTED] ignore si les AS ont reçu préalablement une formation dispensée par l'IDE. [REDACTED] indique que lors de l'aide à la prise des médicaments, l'IDE remet à l'AS les médicaments pour lesquelles une aide à la prise est réalisée par l'AS et que l'IDE est toujours présente lors de l'administration, sauf pour la distribution et l'aide à la prise des médicaments par l'AS la nuit en cas de prescription de médicaments à prendre au cours de la nuit. La traçabilité de la distribution et de l'aide à la prise des médicaments par l'AS est réalisée dans le plan de soins AS. Les aléas et incidents lors de la distribution et l'aide à la prise des médicaments sont transmis par l'AS à l'IDE.</p>	<p>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)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Le manque de traçabilité des actions de soins des AS constaté par la mission lors de l'examen d'un échantillon de dossiers, examen au cours duquel la mission était accompagnée par l'IDEC, a fait l'objet d'une précédente remarque.</p> <p>Remarque n° 95 : L'établissement n'a pas transmis les protocoles ou les procédures relatifs à la « délégation d'administration des médicaments par l'IDE » et à l'« aide à la prise des médicaments par l'AS » en vigueur le jour de la visite d'inspection.</p> <p>En date du ■■■■■, l'établissement a transmis un protocole relatif à la distribution des médicaments : « Protocole Distribution.pdf » (cf. 3.5.2.1)</p> <p>Remarque n° 96 : la mission a souligné le risque de difficulté d'appropriation du protocole par les personnels en charge de l'appliquer en raison de la qualité de sa rédaction.</p>	
3.5.2.18	Soins	<u>Registre des stupéfiants</u>	<p>L'établissement dispose d'un registre des stupéfiants.</p> <p>La mission constate à partir d'un échantillon de résidents ayant une prescription de médicaments stupéfiants que le registre est régulièrement complété pour les prescriptions de l'échantillon examiné.</p> <p>■■■■■ indique que les ordonnances pour le stock tampon étaient rédigées par le MEDCO et que les ordonnances pour les renouvellements des produits du stock tampon seront rédigées par</p>	Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>le MEDCO dont l'arrivée est programmée en juillet.</p> <p>Les médicaments stupéfiants, dont les produits stupéfiants du stock tampon, sont stockés [REDACTED]. Le coffre est scellé sur le plan de travail sur lequel il est placé. Il ferme par un code connu [REDACTED]. Le jour de la visite sur site le coffre était fermé et verrouillé et un sondage réalisé par la mission n'a pas mis en évidence de médicaments périmés.</p> <p>-----</p> <p>Ecart n°39 : : Le stockage des produits stupéfiants appelle plusieurs remarques à la suite des constats faits par la mission:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un médicament stupéfiant est rangé dans le coffre sans boîte et sans identification (pas d'identité du résident à qui il est prescrit). - Des tests antigéniques COVID sont entreposés dans le coffre à stupéfiants. Ces produits n'ont pas leur place dans ce coffre dans lequel seuls les produits stupéfiants sont détenus. <p>-----</p> <p>Remarque n° 97 : Le libellé des doses administrées dans les registres des stupéfiants ne répond pas aux RBPP (noté en chiffre).</p> <p>-----</p>	
3.5.2.19	Soins	<u>Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur</u>	<p>Lors de son entretien avec la mission [REDACTED] indique qu'il existe au sein de l'établissement un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 98 : L'établissement n'a pas transmis le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur signalée par [REDACTED]</p>	<p>L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</p> <p>L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS)</p> <p>R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier)</p> <p>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>comme existant dans l'établissement le jour de la visite sur site.</p> <p>En date [REDACTED], l'établissement a transmis un protocole relatif à la douleur : « Protocole Douleur.pdf » (cf. 3.5.2.1).</p> <p>Remarque n° 99 : la mission a souligné le risque de difficulté d'appropriation du protocole par les personnels en charge de l'appliquer en raison de la qualité de sa rédaction.</p> <p>[REDACTED] indique qu'aucune formation à l'usage des pompes à morphine n'a été dispensée à destination de l'équipe des IDE. [REDACTED] précise également que l'établissement n'établit pas de liste de personnes à risque relative à la douleur (repérage, soins) et que la douleur n'est pas régulièrement évaluée chez tous les résidents (y compris en vue d'un repérage) mais qu'elle est évaluée (avec l'échelle algoplus) chez les résidents ayant des signes d'appel cliniques.</p> <p>Remarque n° 100 : L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation systématique de la douleur pour tous les résidents (en incluant les résidents n'ayant pas de plainte spontanée) en vue d'une prévention primaire et/ou secondaire ou de la prise en charge précoce de la douleur.</p> <p>[REDACTED] indique qu'une convention a été établie avec l'HAD [REDACTED] à laquelle l'établissement recourt dans le cas de prise en charge de</p>	la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>pathologies douloureuses ou de pansements lourds et complexes.</p> <p>Remarque n° 101 : La mission n'a pas été destinataire de convention avec une HAD.</p>	
3.5.2.20	Soins	<p><u>Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie</u> (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance)</p>	<p>indique à la mission que l'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux soins palliatifs. Elle précise que dans le cadre des prises en charge des résidents en soins palliatifs, l'établissement a établi une convention avec le réseau de santé .</p> <p>Remarque n° 102 : La mission n'a pas été destinataire de convention avec le réseau .</p> <p>précise que de manière générale l'indication de soins palliatifs est posée par le médecin à la suite d'une réunion pluridisciplinaire avec une information de la famille réalisée par le médecin.</p> <p>indique que les directives anticipées sont recherchées à l'admission et rangées dans le dossier médical du résident si elles ont été rédigées. La personne de confiance est recherchée dès l'admission.</p> <p>Remarque n° 103 : L'établissement n'a pas transmis les protocoles relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie en vigueur le jour de la visite d'inspection ou indiqué si ces protocoles existaient.</p>	<p>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</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Toutefois, l'établissement a transmis le [REDACTED], des protocoles relatifs aux soins palliatifs : « Protocole Soins de confort.pdf », « textes type prescriptions anticipées.docx.pdf », « textes type prescriptions anticipées.docx-1.pdf ». (Cf. 3.5.2.1).</p> <p>Remarque n° 104 : la mission a souligné le risque de difficulté d'appropriation des protocoles par les personnels en charge de les appliquer en raison de la qualité de sa rédaction.</p>	
3.5.2.21	Soins	<u>Protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'ESSMS</u>	<p>Concernant les protocoles de soins individuels (diabète, ..), [REDACTED] indique que les prescriptions et les consignes médicales sont formalisées dans les plans de soins IDE et AS.</p> <p>Au cours de la visite sur site, la mission a pris connaissance d'une liste de procédures et de protocoles concernant la prise en charge relative aux soins médicaux et paramédicaux concernant des pathologies rencontrées en EHPAD (urgences et problèmes médicaux, chute, contention, perfusion sous cutanées, escarre, suivi nutritionnel, douleur, traitement par opioïde, gale, infection respiratoire, gastro-entérite aigue, arrêt cardio-respiratoire, fausse route, suivi AVK, insuffisance vitamine D).</p> <p>Remarque n° 105 : L'établissement n'a pas transmis les protocoles et les procédures de soins figurant sur la liste de protocoles de soins consultée le jour de la visite et en vigueur le jour de la visite sur site.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Concernant <i>les chutes</i>, [REDACTED] précise à la mission, qu'il n'est pas établi de liste de résidents à risque de chute et de chutes à répétition et que toutes les chutes font l'objet d'une déclaration tracée dans le logiciel de soins. Les personnels soignants étant informés de l'obligation de déclarer la survenue de toutes les chutes.</p> <p>[REDACTED] indique qu'il n'est pas réalisé d'analyse globale de l'ensemble des chutes survenant chez les résidents.</p> <hr/> <p>Remarque n° 106 : concernant la prévention et la prise en charge des chutes au niveau de l'établissement, la mission constate que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'est pas réalisé, au niveau de l'établissement, une analyse régulière des chutes survenues chez l'ensemble des résidents dans le cadre d'une démarche de qualité d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées et visant à améliorer le repérage précoce des risques de chutes au sein de l'EHPAD - L'établissement n'a pas transmis le bilan quantitatif des chutes pour [REDACTED]. <hr/> <p>Concernant <i>le suivi de l'alimentation et la prévention et la prise en charge de la dénutrition</i>, [REDACTED] précise lors de son entretien que le suivi de l'état nutritionnel des résidents s'effectue par le suivi des courbes de poids (pesée 1 fois par mois sur pèse-personne de type plateforme situé dans la salle restauration) et un bilan biologique (albuminémie).</p> <p>Une consultation avec une diététicienne peut être prescrite en cas de besoin.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>L'examen par la mission (accompagnée par l'IDEC) d'un échantillon de dossiers de soins montre que la pesée n'est pas effectuée tous les mois pour certains résidents. ■■■■■ met en lien ce constat avec le recours à des personnels vacataires.</p> <p>■■■■■ indique qu'en cas de dénutrition ou de troubles de la déglutition, un avis médical est requis pour l'adaptation des textures et des régimes alimentaires (notamment l'exclusion de certains aliments en fonction des pathologies), mais que cet avis n'est pas toujours tracé dans le dossier médical du résident.</p> <p>■■■■■ précise qu'il n'est pas établi de liste de patients dénutris mais qu'une liste de résidents avec CNO est établie par l'établissement.</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 107 : L'analyse par la mission d'un échantillon de dossiers médicaux montre que contrairement aux RBPP et au protocole de l'établissement, tous les résidents ne sont pas pesés systématiquement au moins une fois par mois au cours de leur séjour à l'EHPAD.</p> <p>-----</p> <p>Concernant le suivi des <i>troubles trophiques</i> (notamment escarres, ulcères et plaies chroniques), ■■■■■ indique à la mission que l'établissement dispose d'un protocole relatif à la prise en charge des escarres. Elle précise que les AS sont en charge des soins de prévention des escarres et les IDE en charge des soins. Les soins d'escarres et de plaies sont faits en concertation avec le médecin qui indique la conduite à tenir.</p> <p>Lors de son entretien, ■■■■■ indique à la mission, qu'à la date de la visite sur site de la mission</p>	


N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>d'inspection, seuls deux résidents présentaient des escarres, les autres patients ayant des soins de pansements (dont le nombre n'a pas pu être précisé par [REDACTED]) présentant des « petites plaies ».</p> <p>Remarque n° 108 : L'EHPAD n'a pas transmis la liste des résidents présentant des troubles trophiques et le type de soins dispensés pour chacun d'eux.</p> <p>Remarque n° 109 : Par ailleurs, [REDACTED] n'a pas pu indiquer à la mission le nombre précis de résidents présentant ce type de pathologies.</p> <p>[REDACTED] précise que l'échelle de Norton est utilisée pour l'évaluation des escarres à partir de signes d'appel chez le résident, l'évaluation des escarres n'étant pas réalisée de manière systématique en dehors de signes d'appel cliniques. Elle précise que les résultats sont tracés dans le dossier du patient en cas de lésions. [REDACTED] précise que l'établissement ne dispose pas de dispositif permettant de prendre des photographies des lésions afin de les inclure dans le dossier du patient pour en suivre l'évolution clinique. [REDACTED] indique le partenariat avec la « consultation plaies et cicatrisation » du centre hospitalier de [REDACTED] (elle précise que dans ce cas elle transmet au praticien de la consultation des photographies des lésions présentées par le résident prises avec son téléphone personnel). Elle indique également le recours possible à l'équipe mobile de gériatrie du CH [REDACTED] et</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>à l'HAD pour la prise en soins des plaies et pansements complexes.</p> <p>Remarque n° 110 : La mission n'a pas été destinataire des conventions de partenariats de l'EHPAD avec le centre hospitalier de [REDACTED] (équipe mobile de gériatrie....).</p> <p>[REDACTED] indique à la mission que des formations à destination des IDE sont organisées par « l'infirmière commerciale » de [REDACTED] pour l'EHPAD.</p> <p>Remarque n° 111 : L'établissement n'a pas transmis à la mission les protocoles et procédures relatifs à la prévention et la prise en soins des troubles trophiques chez les résidents en vigueur le jour de la visite d'inspection.</p> <p>Remarque n° 112 : Dans sa réponse à la lettre d'intention adressée par courriel à la date du 1^{er} août, le Président du CIAS a indiqué l'élaboration par le medco d'un protocole concernant « les pansements ». Ce protocole n'a pas été transmis à la mission.</p>	
3.5.3.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique ; Sécurité des personnes		
3.5.3.1	Soins	<u>Organisation et propreté des postes dédiés aux soins</u>	<p>[REDACTED] a présenté à la mission les locaux dédiés au soins. Ces locaux sont centralisés au même niveau (rez-de-chaussée) avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un local « Infirmerie » ; - Le bureau de l'IDEC situé dans un couloir proche du local « Infirmerie » ; 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>- Le bureau du médecin coordinateur : à proximité du local « Infirmerie » dans le même couloir que celui de l'Infirmerie</p> <p>Lors de son entretien avec la mission [REDACTED] précise qu'il n'y a pas de procédure écrite concernant les règles de sécurité et d'accès des locaux dédiés aux soins (rangement des clés, accès aux code, ...).</p> <p>Le jour de la visite, les locaux apparaissent propres.</p> <p><i>Le bureau de l'IDEC :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est fermé par une porte qui peut être verrouillée, - L'IDEC précise qu'elle est seule à utiliser ce bureau, - Il est composé notamment du bureau meuble de l'IDEC et d'un fauteuil de bureau, avec un ordinateur et un téléphone, armoires, chaise ; un autre bureau meuble. <p><i>Le bureau du MEDCO :</i> Ce local est fermé par une porte qui peut être verrouillée. Il est équipé d'un bureau meuble, avec téléphone, ordinateur, imprimante, d'un fauteuil de bureau, de chaises visiteurs, d'une armoire (2 portes basses et étagère haut), d'une table d'examen, d'une toise, d'un cabinet de toilette (point d'eau, WC, distributeur papier). Dans le bureau du médecin coordinateur sont entreposés une civière-brancard (dans le cabinet de toilette) et un fauteuil roulant.</p> <p>Ce local apparaît adéquat à sa destination (possibilité de respect de la confidentialité des</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>échanges, aménagement, ...). Les numéros utiles dans le cadre de la prise en charge des résidents sont affichés (EMG, réseau de soins palliatifs, ...).</p> <p>La mission constate que le chariot d'urgence est entreposé dans [REDACTED] ; [REDACTED] informant la mission que le rangement dédié au chariot d'urgence est situé dans [REDACTED]. Ce point a fait l'objet d'une remarque (cf. plus bas).</p> <p><i>Le local Infirmerie et Pharmacie</i> La porte du local « Infirmerie » est fermée par une clé ; [REDACTED] précise que le digicode (second dispositif de fermeture de l'Infirmerie) est cassé depuis [REDACTED]. Ce local donne une apparence de propreté et d'ordre dans les rangements et les affichages.</p> <p>Ce local regroupe la salle de soins et la salle de stockage des médicaments. L'accès à ce local (salle de soins et salle de stockage des médicaments) est limité aux [REDACTED].</p> <p>Ce local est également utilisé pour la réunion « transmissions soins » qui réunit tous les jours à 14h00 les personnels de soins (AS, IDE, IDEC). Il n'est pas utilisé pour la réunion pluridisciplinaire réunissant les soignants et les personnels administratifs et de la logistique (cuisine, ...) le matin à 9h30 ; cette réunion se tient dans la salle de restauration.</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 113 : La mission constate le jour de l'inspection qu'[REDACTED] est</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>présente seule dans l'infirmierie contrairement aux règles établies par l'établissement relative à la restriction de l'accès au local « infirmierie » et précisées à la mission au cours de son entretien par [REDACTED], à savoir que les [REDACTED] ne viennent dans l'infirmierie qu'en présence [REDACTED].</p> <hr/> <p>La mission constate le jour de l'inspection que le local infirmierie [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]. Ce constat a fait l'objet d'un écart.</p> <p>Le local Infirmierie contient :</p> <p>[REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un point d'eau (avec distributeur de savon, SHA, distributeur de papier (rouleau de papier absent), - Des plans de travail, dont un à proximité du point d'eau qui sert à la préparation du matériel de soins (perfusion sous cutanée, ...), sur un autre des plans de travail est placé l'ordinateur (logiciel de soins), sur un autre plan de travail sont rangés les bannettes des médecins traitants, sur un autre plan de travail sont placés des bannettes dédiées au rangement de divers 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>documents (bons livraison, ...), l'imprimante fax, le téléphone,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des placards et caissons, <p>[REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un réfrigérateur dédié [REDACTED] (installé dans un local à l'intérieur de l'infirmerie), - Chariots de distribution des médicaments, - Chariot à pansements, - Un tableau blanc pour programmation des soins infirmiers et informations liées aux soins des résidents, - Une table, - Chaises, fauteuil de bureau, - Chariot dont le plateau supérieur sert de support au DAE, <p>Remarque n° 114 : le distributeur de papier près du plan d'eau est vide (absence de rouleau de papier à usage unique), ce qui fait courir le risque de non-respect de l'hygiène des mains, notamment lors de la préparation des soins (préparation des médicaments, des matériels et dispositifs de soins, ...) ; cf. photo ci-dessous.</p> <p>[REDACTED]</p> 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>Photo : point d'eau. Absence de rouleau de papier à usage unique</p> <p>L'absence de fermeture à clé de l'armoire dédiée aux [REDACTED] et l'absence de verrouillage de l'armoire dédié [REDACTED] ont fait l'objet d'écarts.</p> <p>Le dispositif dédié au rangement des dossiers médicaux et de soins des résidents n'est pas fermée à clé. Ce point a fait l'objet d'un écart (cf. plus haut).</p> <p>Un placard est dédié au rangement du carton Cyclamed et un caisson fixé sous le plan de travail du plan d'eau est dédié au rangement du carton DASRI.</p> <p>Remarque n° 115 : le carton collecteur Cyclamed ne comporte pas d'étiquette (ou d'annotations sur le carton) d'identification (nom EHPAD, date de mise en service, ...).</p> <p><i>Le réfrigérateur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La sonde à température est placée sur la grille du milieu, - Le sondage réalisé par la mission n'a pas mis en évidence de médicaments périmés parmi les médicaments examinés. <p>Remarque n° 116 : lors de la visite, la mission constate l'absence de support de relevés des températures du réfrigérateur dédié à la conservation des produits thermosensibles. Ce manquement aux règles de contrôle du dispositif de la chaîne du froid</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>et de la traçabilité pharmaceutique fait courir un risque quant à la sécurité et à l'intégrité des produits conservés dans le réfrigérateur.</p> <p>Le local « Infirmerie » apparaît adéquat à la réalisation des diverses tâches IDE. [REDACTED] indique que la préparation des matériels pour les soins à réaliser se fait sur le plan de travail avec point d'eau ou sur le plateau des chariots.</p> <p>[REDACTED] informe la mission qu'il n'est pas mis en œuvre de procédure formalisée de nettoyage des dispositifs contenant les médicaments (armoires, tiroirs des chariots de distribution de médicaments, ...).</p> <p>La mission constate néanmoins l'état apparent de propreté et de rangement des armoires dans lesquelles sont stockés les médicaments des résidents et le stock tampon, le réfrigérateur dédié à la détention des médicaments thermosensibles. La mission note également sur la liste des protocoles dont elle a pris connaissance sur site que l'établissement dispose (en référence à cette liste)</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une procédure « nettoyage chariot médicament », - d'une procédure « rangement et approvisionnement pharmacie », - d'une procédure « nettoyage des dispositifs médicaux ». <p>La non connaissance de l'existence des procédures relatives à la gestion et au nettoyage des dispositifs de stockage des médicaments par [REDACTED] le jour de la visite sur site et l'absence de leur transmission par l'établissement n'a pas permis à la mission d'évaluer le contenu des</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>procédures répertoriées sur une liste de procédures dont la mission a pris connaissance sur site, ni les modalités de leur application par les personnels concernés.</p> <p>Remarque n° 117 : l'absence de formalisation dans une procédure actualisée, et/ou sa connaissance (si cette procédure existe) par l'ensemble des personnels impliqués, relative au nettoyage régulier et à sa traçabilité des contenants (tiroirs individuel par résident) des chariots à médicaments et des armoires à médicaments ne respectent pas les RBPP.</p> <p>Les affichages concernant les numéros d'urgence et numéros utiles pour la prise en charge soignante des résidents consultés par la mission dans l'infirmerie sont actualisés.</p> <p>Remarque n° 118 : certains affichages des numéros internes ne sont pas mis à jour (e.g. nom et numéro de téléphone du MEDCO, de l'IDEC).</p>	
3.5.3.2	Soins	<p><u>Equipements des postes de soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - instruments de mesure, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique), 	<p>Le jour de la visite sur site, la mission était accompagnée par [REDACTED] qui a présenté les équipements dédiés aux soins, dont la plupart sont rangés dans le local « infirmerie » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériel de pesée : plateforme de pesée localisée dans la salle de restauration, utilisé pour tous les résidents - Chariot d'urgence ([REDACTED]) - Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique), sur chariot à médicaments, 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>chariot à pansements, plan de travail point d'eau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stéthoscope - Tensiomètre - 2 concentrateurs (5 litres) - 2 Chariots pour [REDACTED] <p>[REDACTED])</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chariot pour les pansements - Thermomètres (9) - Saturomètre (1/chariot à médicaments) - Lecteurs glycémiques (1/chariot) - Appareil à broyer médicaments (1/chariot) - Appareils à aspiration (1 à l'Infirmierie et 1 sur chariot d'urgence : fonctionnels le jour de la visite) - Appareils à aérosol : le jour de la visite sur site 1 dédié à un résidente (appareil commandé selon les besoins des résidents). <p>Remarque n° 119 : le chariot d'urgence (localisé dans [REDACTED]) n'est pas rangé dans son emplacement dédié [REDACTED]. Le jour de la visite sur site, une [REDACTED] lors de son entretien avec la mission désigne comme étant le chariot d'urgence le chariot utilisé pour poser le DAE à l'Infirmierie. Ce constat montre qu'il n'est pas précisé (du moins systématiquement), lors de l'accueil des nouveaux personnels infirmiers, l'emplacement des matériels et dispositifs que ces personnels peuvent être amenés à utiliser dans le cadre de leurs fonctions, en particulier lors d'urgences médicales.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			La non fonctionnalité du dispositif de verrouillage d'un des chariots de distribution de médicaments a fait l'objet d'un écart (cf. plus haut).	
3.5.3.3	Soins	<u>Moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations)</u>	<p>L'infirmier ([REDACTED]) est fermée par une porte fermant à clé mais dont le digicode (assurant une double sécurité) est cassé. Une clé de secours est rangée à l'accueil. L'accès à l'Infirmier est limité aux personnels de soins.</p> <p>Le manquement aux règles de sécurisation du local Infirmier a fait l'objet d'un écart (cf. plus haut).</p> <p>Le bureau de l'IDEC est fermé par une porte qui peut être verrouillée. Le bureau du MEDCO est fermé par une porte qui peut être verrouillée.</p> <p>L'armoire dédiée aux médicaments des résidents (localisée à l'infirmier) a une serrure permettant de fermer cette armoire à clé. Cependant l'armoire n'est pas fermée à clé, [REDACTED] indiquant que la clé de l'armoire est cassée depuis plus d'un an (sans réparation programmée). Ce constat a fait l'objet d'un écart (cf. plus haut).</p> <p>Remarque n° 120 : [REDACTED] précise qu'avant d'être cassée la clé de l'armoire à médicaments était rangée dans un boîtier lui-même rangé dans un des chariots de distribution des médicaments. La mission observe que ce choix de rangement n'est pas optimal et fait courir des risques quant à la sécurisation de la clé de l'armoire dédiée aux</p>	<p>R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins)</p> <p>R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales)</p> <p>L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident)</p> <p>L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>médicaments des résidents ; l'usage d'une boîte à clé sécurisée installée à l'infirmierie, fixée sur un support solide (mur par exemple) avec un dispositif de verrouillage connu des seuls professionnels autorisés (IDEC, IDE) apparaît plus sécurisée.</p> <p>L'armoire dédiée au rangement du stock tampon a un dispositif permettant de verrouiller cette armoire. Cependant ce dispositif est cassé, ce qui ne permet pas de sécuriser cette armoire. Ce point a fait l'objet d'un précédent écart.</p> <p>Les dossiers médicaux et de soins sont rangés dans un dispositif (étagères avec portes coulissantes transparentes) ne fermant pas à clé. Ce point a fait l'objet d'un écart (cf. plus haut).</p> <p>Le coffre à stupéfiants, localisé [REDACTED] [REDACTED] est scellé sur son support et fermé par un code connu des seuls IDE et IDEC.</p> <p>Ecart n°40 : La mission constate le jour de la visite sur site plusieurs manquements dans les moyens de sécurisation contre le vol et la dégradation des matériels de soins, des dossiers médicaux et de soins des résidents, des médicaments des résidents et des produits thermosensibles, des médicaments destinés à la prise en charge des urgences médicales. Ces manquements ont fait l'objet d'écarts et de remarques. Leur cumul constitue un risque majoré pour la sécurité et la qualité de soins des résidents ainsi que pour le respect de la confidentialité des</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>informations concernant la santé des résidents et le respect de leur vie privée.</p> <hr/> <p>Les affichages (numéros d'urgence, numéros utiles, ...) consultés par la mission dans le local « Infirmerie » sont actualisés (cf. 3.5.3.1).</p>	
3.5.3.4	Soins	<p><u>Modalité d'évaluation des besoins en protections</u></p> <p><u>Stocks de protections</u></p>	<p>Les médicaments des résidents sont rangés dans des tiroirs individuels nominatifs dans les chariots à médicaments et dans l'armoire à médicaments dédiée aux traitements des résidents.</p> <p>Un écart a été notifié concernant la non-possibilité de fermeture à clé de l'armoire dédiée au rangement des médicaments des résidents.</p> <p>Un écart a été notifié concernant la non-possibilité de verrouillage d'un des chariots de distribution de médicaments (dispositif cassé).</p> <p>Ces manquements contreviennent aux dispositions de l'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 et à celles de l'article L.311-3 du CASF et de l'article R4312-39.</p> <p>Les sondages réalisés par la mission (chariot médicaments, armoire à médicaments) n'ont pas mis en évidence de médicaments périmés parmi les médicaments des résidents examinés dans les chariots de médicaments et l'armoire dédiée au rangement des médicaments.</p> <p>Une remarque a été notifiée concernant les modalités d'utilisation des produits multi-dose.</p>	<p>L.311-3 CASF L5126-6 (PUI) R5126-108 (PUI-méd délivrés en urgence) R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13° CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détention et stockage « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.5.3.5	Soins	<u>Organisation du stockage du chariot d'urgence</u>	█████ indique à la mission que l'estimation des besoins en protections fait l'objet d'une évaluation individualisée tracée dans le plan de soins dans le dossier du résident. █████ précise qu'il n'y a pas de problème de stock de protection	D. 312-155-0, 3° du CASF (projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies)
3.5.3.6	Soins	<u>Installation du DAE :</u> - 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 ?	█████ a présenté à la mission le matériel d'urgence dont dispose l'établissement qui comprend un chariot d'urgence, un appareil à aspiration, deux concentrateurs (pas de bouteille d'oxygène), un DAE commun pour le chariot d'urgence et pour l'établissement. Le jour de la visite d'inspection le chariot d'urgence est rangé █████. █████ précise que le chariot d'urgence a un emplacement dédié █████ mais qu'il a été placé dans le bureau du MEDCO afin d'éviter que les personnels n'utilisent les médicaments et matériels qu'il contient en dehors des situations d'urgence. Un document « Chariot d'urgence » est posé sur le plateau supérieur du chariot et présente le contenu du chariot d'urgence avec un relevé des « utilisations du chariot » et un relevé contrôles du chariot (« entretien et vérification »). Le tiroir du chariot d'urgence destiné au DAE contient des scellés. Le DAE n'est pas dans le chariot d'urgence mais il est placé sur le plateau supérieur d'un autre chariot lui-même rangé dans le local « Infirmerie » et non destiné à être utilisé dans le cadre des urgences médicales. L'entretien de la mission avec une IDE a souligné la méconnaissance par le personnel infirmier de la localisation effective du chariot d'urgence au sein de l'établissement et la confusion qui en résulte entre le chariot sur lequel est placé le DAE	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>dans [REDACTED] ; ce point a fait l'objet d'une remarque (cf. 3.5.3.2).</p> <p>-----</p> <p>Remarque n° 121 : Lors de la visite sur site (réalisée par la mission accompagnée par [REDACTED]), la mission fait les constats suivants concernant le chariot d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'est pas scellé - Il n'est pas libre d'accès (fauteuil roulant devant le chariot) - La dernière vérification du chariot est datée de [REDACTED] (il est indiqué sur le document relatif au contenu du chariot d'urgence que la vérification du chariot d'urgence doit être faite tous les mois) - L'état du chariot d'urgence au jour de la visite sur site n'est pas tracé dans la feuille de contrôle du chariot et il n'y a pas d'étiquette indiquant l'état du chariot (complet, en cours de vérification, en attente de réception de commande, ...) - Le jour de la visite sur site l'inventaire du contenu du chariot fait par la mission au vu de la liste du contenu du chariot d'urgence placée sur le plateau supérieur du chariot montre que le chariot est incomplet - Sur le point précédent, [REDACTED] indique qu'elle a fait le constat de l'utilisation par les personnels de soins du contenu du chariot d'urgence en dehors d'une urgence vitale - [REDACTED] indique qu'il n'y a pas de planning établi de vérification du chariot d'urgence - La mission constate qu'un emplacement est réservé au DAE dans un des tiroirs du chariot, [REDACTED] confirmant que le rangement dédié du DAE est dans le chariot d'urgence. Or le jour 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>de la visite sur site le DAE est placé dans le [REDACTED].</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormis le document « Chariot d'urgence » destiné au contrôle du chariot, les procédures et protocoles de soins de conduite à tenir en cas d'urgences médicales, si elles existent, ne sont pas à proximité du chariot d'urgence - L'établissement n'a pas transmis de procédure de maintenance et de gestion concernant le matériel et les produits médicamenteux du chariot d'urgence, qui, si elle existe, n'est pas utilisée, voire connue, par les personnels en charge de les appliquer - L'établissement n'a pas transmis les procédures et protocoles de soins de conduite à tenir en cas d'urgences médicales en vigueur le jour de la visite sur site. <hr/> <div data-bbox="958 802 1397 1011">  </div> <p>Photo : Chariot d'urgence non scellé, encombrement avec fauteuil roulant</p> <p>La mission constate que le jour de la visite sur site le chariot d'urgence ne répond pas aux RBPP d'être disponible 24h/24h, avec une intégrité de son contenu, d'accès facile et connu de tous.</p> <hr/> <p>Ecart n°41 : La gestion globale du chariot et du matériel d'urgence contrevient à l'article</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<p>L311-3 du CASF, avec : l'absence de scellés (permettant de s'assurer de l'intégrité du contenu du chariot d'urgence), l'état du chariot d'urgence le jour de la visite sur site ne permet pas son utilisation immédiate et optimale dans le cas de situations d'urgences médicales (contenu incomplet selon la liste relative au contenu du chariot d'urgence, absence de vérification régulière et de traçabilité de l'état du chariot d'urgence), la méconnaissance par le personnel de soins, en particulier du personnel infirmier, de l'endroit où est rangé le chariot d'urgence (le chariot n'est pas rangé dans son emplacement dédié dans [REDACTED]), l'absence de protocoles de soins de conduite à tenir en cas de situations médicales d'urgence, le DAE est dissocié du chariot d'urgence dans lequel un emplacement est prévu pour son rangement.</p>	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.5.3.7	Soins	<u>Installation et emplacement du DAE</u>	<p>La mission constate que l'établissement dispose d'un DAE dont le rangement est [REDACTED]. La mission constate qu'il est en état de fonctionnement. La signalétique dès l'entrée dans l'établissement indique la localisation du DAE (local Infirmerie). Cependant la mission observe que le DAE n'est pas installé dans un emplacement visible du public et dans un endroit en permanence facile d'accès, dans la mesure où il est rangé dans un local dont l'accès est limité ([REDACTED]).</p> <p>Remarque n° 122 : le DAE est installé dans un endroit dont l'accès est limité, et de ce fait n'est pas situé dans un emplacement visible du public et en permanence facile d'accès.</p>	<p>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)</p>
3.5.4.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Éthique		
3.5.4.1	Soins	<u>Elaboration et suivi du projet de soins individualisé</u>	<p>[REDACTED] indique à la mission que chaque résident a un projet de soins individualisé établi à partir des consignes médicales et des réunions pluridisciplinaires (MEDCO quand elle était présente, IDEC, IDE, AS). [REDACTED] précise que le projet de soins est formalisé dans les plans de soins IDE et AS.</p> <p>[REDACTED] précise que le projet de soins du résident est actualisé et réajusté au fil de l'eau en fonction des besoins et de l'évolution de l'état de santé du résident.</p>	<p>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</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Remarque n° 123 : les PPI des résidents dont les dossiers ont fait partie de l'échantillon des dossiers médicaux analysés par la mission, qui devraient comporter un volet soins n'ont pas été présentés à la mission.	
3.5.4.2	Soins	<u>Fréquence de la réactualisation des DLU</u>	<p>Lors de son entretien [REDACTED] indique qu'en cas d'urgences médicales en absence de médecin et/ou d'IDE dans l'établissement, en particulier lors des astreintes administratives, les équipes de soins ont la consigne d'appeler les services d'urgences médicales (appel du 15). La mission constate au cours de la visite sur site l'affichage dans le local Infirmerie d'une procédure « Appel au centre 15 ».</p> <p>La mission constate que les numéros d'urgence sont affichés dans le local infirmerie.</p> <p>Remarque n° 124 : L'établissement n'a pas transmis de procédures ou de protocoles de soins relatifs aux situations d'urgences médicales en vigueur dans l'établissement le jour de la visite sur site.</p>	<p>L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)</p> <p>Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
4.1.1.0	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		
4.1.1.1	Coordination avec les autres secteurs	<u>Groupements hospitaliers de territoire (GHT)</u> <u>Protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences</u> <u>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</u>	L'EHPAD les Quatre Saisons dispose d'une convention de collaboration avec la [REDACTED] située dans la commune de [REDACTED]. La convention a été signée le 15 mai 2012 et prend effet à compter de la date de sa signature. Toutefois, il est également prévu que la convention est conclue pour une période d'un an renouvelable par tacite reconduction, pour une durée maximale de trois ans. Ecart n°42 : Au jour de la visite l'EHPAD ne dispose pas de convention avec un établissement de santé en raison de la caducité de la dernière convention, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-7 du CASF.	L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.1.1.2	Coordination avec les autres secteurs	<u>Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux</u>	La mission n'a pas été destinataire des contrats avec les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD. La direction de l'EHPAD a transmis deux conventions à la mission d'inspection : - Une convention avec le [REDACTED] de la commune de [REDACTED]. La convention a été signée le 28 mars 2017 et prend effet le 17 mai 2017.	R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			<ul style="list-style-type: none"> - Une convention d'intervention d'un pédicure-podologue libéral. Le document précise que la convention prend effet au 15 octobre 2021 <p>Remarque n° 125 : la convention avec le pédicure-podologue n'est pas signée.</p>	
4.2.1.3	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de services de santé à domicile	Remarque n° 126 : Malgré plusieurs relances, la mission n'a pas été destinataire de convention avec un service à domicile.	
4.1.1.4	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Modalités d'accompagnement de l'EHPAD par un établissement/service d'HAD pour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'administration d'antidouleur (opioïdes de nuit, des bonus, sans IDE, l'utilisation des pompes à morphine (programmée), - l'accessibilité, la délivrance et l'administration du protoxyde d'azote? - la réfection de pansement (protocole antalgique en amont du pansement, suivi, transmission, traçabilité, ...) ? - Y a-t-il un partenariat avec une unité cognitivo-comportementale ? 	Remarque n° 127 : Malgré plusieurs relances la mission n'a pas été destinataire de convention avec un service d'HAD.	
4.1.1.5	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Conventions avec :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de géronto-psychiatrie * un SSIAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres 	<p>Malgré plusieurs relances la mission n'a pas été destinataire de convention de partenariat avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une équipe mobile gériatrique, - Une équipe mobile de géronto-psychiatrie, - Un SSIAD, - Un laboratoire d'analyse médicale, - Un centre de radiologie. <p>Ecart n°43 : En ne concluant pas de partenariats permettant la prise en charge de la douleur et permettant une bonne prise en charge soins, l'EHPAD contrevient aux</p>	<p>L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</p> <p>L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS)</p> <p>R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier)</p> <p>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 rel à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			dispositions des articles L1110-5 et L1112-4 du Code de Santé Public.	
4.1.1.6	Coordination avec les autres secteurs	<u>Modalités d'accompagnement par une équipe mobile de soins palliatifs</u>	Malgré plusieurs relances la mission n'a pas été destinataire de convention de partenariat avec une équipe mobile de soins palliatifs.	L1112-4 CSP (prise en charge des soins palliatifs en ESMS) L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, droit fin de vie digne et accompagnée, apaisement de la douleur) D311-38, CASF
4.1.1.7	Coordination avec les autres secteurs	<u>Officine, pharmacie PUI ou de ville</u>	L'établissement dispose d'une convention avec une officine de pharmacie. La convention a été transmise à la mission d'inspection. La convention date du 3 mars 2017.	L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)
4.2.2.0	Coordination avec les autres secteurs	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du secteur social et médico-social <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Maltraitance		
4.2.2.1	Coordination avec les autres secteurs	<u>Partenariats avec des ESSMS</u>	La mission n'a pas été destinataire de convention de partenariat avec des ESSMS. L'EHPAD les Quatre Saisons est membre du GCSMS Agora Senior regroupant les 6 EHPAD publics du département de la Seine-Saint-Denis.	
4.2.3.0	Coordination avec les autres secteurs	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires de l'orientation <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique, Médiatique		
4.2.3.1	Coordination avec les autres secteurs	<u>Réseau gériatrique</u>	L'EHPAD les Quatre Saisons est rattaché au Groupement Hospitalier territorial Grand Paris Nord Est.	HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4 : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident", 2012 et HAS, "Plan personnalisé de coordination en santé (guide, modèle et glossaire)", 2019

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			Remarque n° 128 : La mission d'inspection n'a pas été destinataire de la convention de partenariat correspondante.	Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 (relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

ECART N°1 :	LA MISSION CONSTATE QUE LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT N'EST PAS AFFICHE AU JOUR DE LA VISITE ET QUE SA DERNIERE MISE A JOUR DATE DE PLUS 5 ANS, CE QUI CONTREVIENT A L'ARTICLE R311-34 DU CASF).....	12
ECART N°2 :	LE PROJET D'ETABLISSEMENT EST OBSOLETE DEPUIS [REDACTED] CE QUI CONTREVIENT A L'ARTICLE L311-8 DU CASF.	14
ECART N°3 :	: LE PLAN BLEU N'A PAS ETE ACTUALISE DEPUIS [REDACTED] ANS.	14
ECART N°4 :	: LE PLAN NE CONTIENT PAS :.....	15
	-LES MODALITES D'ORGANISATION SPECIFIQUE A METTRE EN ŒUVRE EN CAS DE SURVENUE DE TIAC, DE RISQUE INFECTIEUX EPIDEMIQUE, D'INTERRUPTION D'ALIMENTATION ELECTRIQUE.....	15
	-LES MODALITES DE LA CONTINUITE D'ACTIVITE.....	15
	-LES MODALITES DE LA REPRISE D'ACTIVITE.....	15
	[REDACTED] : [REDACTED].....	15
ECART N°6 :	EN NE PRECISANT PAS LA NATURE ET L'ETENDUE DE LA DELEGATION NOTAMMENT EN MATIERE DE :.....	16
	- CONDUITE DE LA DEFINITION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE ;.....	16
	- GESTION ET ANIMATION DES RESSOURCES HUMAINES ;.....	16
	- GESTION BUDGETAIRE, FINANCIERE ET COMPTABLE EN APPLICATION DES ARTICLES R. 314-9 A R. 314-55 ;	16
	- COORDINATION AVEC LES INSTITUTIONS ET INTERVENANTS EXTERIEURS.».....	16
	L'ETABLISSEMENT CONTREVIENT A L'ARTICLE D. 312-176-5 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET FAMILLES.....	17
ECART N°7 :	LA FICHE DE POSTE DU DIRECTEUR NE MENTIONNE PAS TOUTES LES MISSIONS REGLEMENTAIRES, CE QUI CONTREVIENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE D. 312-176-5 DU CASF. 18	
ECART N°8 :	IL N'Y A PAS D'INDICATION SUR LA COMMUNICATION AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIAS COMME LE PREVOIT L'ARTICLE D315-71 CASF.	20
ECART N°9 :	EN NE PROCEDANT PAS L'AFFICHAGE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT L'EHPAD N'EST PAS EN CONFORMITE AVEC L'ARTICLE L. 311-4 CASF.	22
ECART N°10 :	LES DOCUMENTS TRANSMIS NE FONT PAS MENTION DE LA COMPOSITION DU CVS, LAQUELLE DOIT ETRE MISE A JOUR POUR ETRE EN CONFORMITE AVEC LE DECRET 2022-688 DU [REDACTED]. LES DERNIERES ELECTIONS ONT EU LIEU EN [REDACTED] SELON LES DOCUMENTS AFFICHES A L'ENTREE DE L'ETABLISSEMENT.	23
ECART N°11 :	LE CR DU [REDACTED] INDIQUE QU'UN PRESIDENT ET UN VICE-PRESIDENT (ET NON SON SUPPLEANT) SONT NOMMES A MAIN LEVEE ET NON A BULLETIN SECRET (CF. ARTICLE D311-9). 23	
ECART N°12 :	LES CR DE CVS TRANSMIS N'INDIQUENT PAS QUE LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT AIT ETE APPROUVE PAR LE CVS, CE QUI CONTREVIENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L311-7 CASF.....	23
ECART N°13 :	LES ENTRETIENS AVEC [REDACTED] ONT REVELE QUE LE CVS N'EST PAS INFORME DES EI CE QUI CONTREVIENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE R331-10 DU CASF. LES DYSFONCTIONNEMENTS SONT ABORDES DANS CERTAINS COMPTE-RENDU.	24

ECART N°14 :	LA DIRECTION N'A PAS MIS EN PLACE UNE EVALUATION DES PRESTATIONS DANS L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE COMME PREVU A L'ARTICLE L312-8 DU CASF. 25	
ECART N°15 :	EN NE METTANT PAS EN PLACE DE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA BIEN TRAITEMENT ET DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITEMENT, LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT CONTREVIEN AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L311-3. 1° CASF.	26
ECART N°16 :	L'ETABLISSEMENT NE TRANSMET PAS LES DECLARATIONS D'EI/EIG AUX DEUX AUTORITES DE CONTROLE ET NE TRANSMET PAS, PAR CONSEQUENT LES RETOURS D'EXPERIENCE SOUS 3 MOIS, CE QUI CONTREVIEN AUX DISPOSITIONS DU CASF.	30
ECART N°17 :	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS A JOUR LES DOSSIERS DU PERSONNEL.	34
ECART N°18 :	LA DIRECTION DE L'EHPAD N'A PAS ELABORE DE PLAN DE FORMATION CE QUI CONTREVIEN AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L313-12-3 CASF.	36
ECART N°19 :	L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS A JOUR TOUTES LES FICHES DE POSTES, COMME LE PREVOIT L'ARTICLE 6 DU DECRET N° 2014-1526 DU 16 DECEMBRE 2014.	39
ECART N°20 :	L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE UNE REELLE DELEGATION DE POUVOIR ET DE SIGNATURE EN MATIERE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN APPLICATION DE LA REGLEMENTATION CONFORMEMENT A L'ARTICLE D. 312-176-5 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET FAMILLES.	39
ECART N°21 :	L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE UNE REELLE DELEGATION DE POUVOIR ET DE SIGNATURE EN MATIERE BUDGETAIRE, FINANCIERE ET COMPTABLE EN APPLICATION DE LA REGLEMENTATION COMME LE PREVOIT L'ARTICLE D. 312-176-5 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET FAMILLES.	41
ECART N°22 :	A CE JOUR L'EPRD 2023 N'A PAS ETE DEPOSE SUR LA PLATEFORME CNSA CE QUI N'EST PAS CONFORME AUX ARTICLES R314-213, R314-219 ET R314-223 DU CASF.	42
ECART N°23 :	L'ETABLISSEMENT NE TRANSMET PAS SUR LA PLATEFORME CNSA AU PLUS TARD LE 30/04/N L'ERRD DE L'ANNEE N-1, CE QUI CONTREVIEN A L'ARTICLE R314-232 DU CASF. 42	
ECART N°24 :	DANS LE CADRE DE L'INSPECTION L'ETABLISSEMENT A TRANSMIS L'EPRD ■■■■ ET LES ERRD ■■■■ ET ■■■■. LA PRESENTATION DES DOCUMENTS DE L'EPRD ET ERRD ■■■■ NE RESPECTE PAS LES CADRES REGLEMENTAIRES :	42
•	L'EPRD ET L'ERRD NE SONT PAS ACCOMPAGNES DE LEURS ANNEXES (RAPPORT FINANCIER, ANNEXES TARIFAIRES ET TABLEAU DU PERSONNEL) ;	42
•	L'EPRD NE RESPECTE PAS LE FORMALISME REGLEMENTAIRE, EN PARTICULIER SUR LES ELEMENTS DU BILAN FINANCIER, DES RATIOS FINANCIERS ET DE LA TRAJECTOIRE FINANCIERE. IL EN EST DE MEME POUR L'ERRD AVEC EN PLUS LE TABLEAU D'AFFECTATION DES RESULTATS QUI N'EST PAS REMPLI.	42
ECART N°25 :	EN NE PRESENTANT PAS LES DIFFERENTES DONNEES BUDGETAIRES DANS LES DELAIS IMPARTIS, LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT NE REMPLIT PAS LES OBLIGATIONS PRESCRITES PAR LES ARTICLES R314-49 CASF ET R314-3 CASF.	45
ECART N°26 :	L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES RAMA DES ANNEES ■■■■ ET ■■■■. L'ABSENCE D'ELABORATION DE RAMA CONTREVIEN AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE D312-158-10 DU CASF.	46
ECART N°27 :	L'ABSENCE DE FERMETURE A CLE DU DISPOSITIF DEDIE AU RANGEMENT DES DOSSIERS MEDICAUX DES RESIDENTS CONTREVIEN AUX DISPOSITIONS DES ARTICLES L1110-4 DU CSP, L311-3 4°DU CASF, R4312-35 DU CSP.	55
ECART N°28 :	LES ARMOIRES ELECTRIQUES NE SONT PAS FERMEES DE MANIERE SECURISEE.	56
ECART N°29 :	L'ACCES AUX ESCALIERS N'EST PAS SECURISE POUR LES RESIDENTS A RISQUES.	56
ECART N°30 :	LES ESPACES DE RESERVES NE SONT PAS FERMEES DE MANIERE SECURISEE.	57
ECART N°31 :	LA MISSION CONSTATE L'ABSENCE DE TRANSMISSION PAR L'ETABLISSEMENT DE LA CONVENTION ECRITE PAR LAQUELLE L'ETABLISSEMENT CONFIE L'ELIMINATION DE SES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS ET ASSIMILES A UN SERVICE/ETABLISSEMENT EN MESURE D'EFFECTUER CES OPERATIONS. L'ABSENCE DE CE DOCUMENT CONTREVIEN AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE R1335-3 DU CSP.	59

ECART N°43 : EN NE CONCLUANT PAS DE PARTENARIATS PERMETTANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET PERMETTANT UNE BONNE PRISE EN CHARGE SOINS, L'EHPAD CONTREVIENT AUX DISPOSITIONS DES ARTICLES L1110-5 ET L1112-4 DU CODE DE SANTE PUBLIC.	132
---	-----

Remarques

REMARQUE N° 1	: LA MISSION D'INSPECTION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DES DELIBERATIONS DE CREATIONS DU CIAS ET DU SICEG.	9
REMARQUE N° 2	: LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DES DONNEES CONCERNANT L'ETAT DE SANTE, ETAT DE DEPENDANCE ET L'ETAT DE HANDICAP DES RESIDENTS.	11
REMARQUE N° 3	: LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT NE COMPORTE PAS LES DISPOSITIONS SUIVANTES :	13
	-LES MESURES A PRENDRE EN CAS D'URGENCE OU DE SITUATION EXCEPTIONNELLE,	13
	-LES SANCTIONS DES FAITS DE VIOLENCE SUR AUTRUI,	13
	-LES TEMPS DE REUNIONS, TRANSMISSIONS, PARTAGE D'INFORMATION, ACCUEIL NOUVEAUX PROFESSIONNELS, EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.	13
REMARQUE N° 4	: LE PROJET D'ETABLISSEMENT NE CONTIENT PAS LES VOILETS SUIVANTS :	14
	-LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT (HISTORIQUES, VALEURS, ENVIRONNEMENT),	14
	-LA PRESENTATION DES ENJEUX ET MISSION,	14
	-LES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES,	14
	-LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET ORGANISATION,	14
	-LA BIENTRAITANCE ET PREVENTION MALTRAITANCE,	14
	-LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION ET DE DEVELOPPEMENT.....	14
REMARQUE N° 5	: LES NOMS DES PERSONNELS NE SONT PAS INSCRITS SUR L'ORGANIGRAMME.	15
REMARQUE N° 6	: LA MISSION CONSTATE QUE L'ORGANIGRAMME N'EST PAS AFFICHE LE JOUR DE LA VISITE.	16
REMARQUE N° 7	: MALGRE PLUSIEURS DEMANDES, LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DES COMPTE-RENDU DU CODIR ET N'A PAS EU DE PRECISION SUR L'ORGANISATION DE SES REUNIONS. 16	
REMARQUE N° 8	: LORS DE LA VISITE D'INSPECTION, LE CLIMAT SOCIAL DE L'ETABLISSEMENT EST PERTURBE POUR PLUSIEURS RAISONS :	16
	-UN SUIVI RPS EST EN COURS SUITE A LA [REDACTED]	16
	-LE MANQUE DE CLARTE DANS LA REPARTITION DES ROLES ENTRE [REDACTED]	16
REMARQUE N° 9	: LES DIPLOMES DU DIRECTEUR PAR INTERIM N'ONT PAS ETE TRANSMIS A LA MISSION D'INSPECTION.	18
REMARQUE N° 10	: LA MISSION CONSTATE QU'AUCUN PLANNING D'ASTREINTE N'EST AFFICHE LE JOUR DE LA MISSION.	19
REMARQUE N° 11	: MALGRE PLUSIEURS RELANCES, LA DIRECTION DE L'EHPAD N'A PAS TRANSMIS DE PLANNING DES ASTREINTES.	19
REMARQUE N° 12	: L'IDE NOMMEE SUR LE POSTE D'IDEC NE DISPOSE PAS DES QUALIFICATIONS REQUISES POUR OCCUPER CETTE FONCTION CONFORMEMENT AU RBPP DE LA HAS.	20
REMARQUE N° 13	: LE DIPLOME TRANSMIS A LA MISSION D'INSPECTION EST ILLISIBLE. MALGRE PLUSIEURS RELANCES, LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS DE DOCUMENT EXPLOITABLE A LA MISSION.	20
REMARQUE N° 14	: LA FICHE DE POSTE TRANSMISE N'EST PAS SIGNEE DES DEUX PARTIES.....	20
REMARQUE N° 15	: LA MISSION CONSTATE QUE LE NUMERO 3977 N'EST PAS AFFICHE LE JOUR DE LA VISITE.	21

REMARQUE N° 16	: [REDACTED] LA MISSION N'A PAS ETE EN CAPACITE DE SAVOIR QUI FIXAIT LES ORDRES DU JOUR DES CVS ET QUI ETAIT EN CHARGE DE LEUR REDACTION.	24
REMARQUE N° 17	: LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT N'A PAS DESIGNE DE RESPONSABLE QUALITE COMME LE PRECONISE LA HAS DANS LES RBPP DE 2018 « MISSION DU RESPONSABLE D'ETABLISSEMENT ET ROLE DANS LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA MALTRAITANCE ».....	25
REMARQUE N° 18	: LA DIRECTION N'A PAS TRANSMIS D'INFORMATION SUR L'EFFECTIVITE DES SIGNALEMENTS AUPRES DE L'AUTORITE JUDICIAIRE COMME PREVU A L'ARTICLE 40 DU CODE DE PROCEDURE PENALE ».....	27
REMARQUE N° 19	: LA MISSION CONSTATE QUE L'ETABLISSEMENT N'APPORTE PAS DE REPONSE FORMALISEE AU DECLARANT.	28
REMARQUE N° 20	: LES RECLAMATIONS ET PLAINTES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UN SUIVI ET D'UN ENREGISTREMENT PERMANENT.	28
REMARQUE N° 21	: LES RECLAMATIONS ET PLAINTES DOIVENT FAIRE L'OBJET DE BILANS SYSTEMATIQUES ET REGULIERS.	28
REMARQUE N° 22	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE UNE PROCEDURE DE DECLARATION ET DE TRAITEMENT DES EI ET VEILLER A CE QUE LES PERSONNELS AIENT CONNAISSANCE DE CETTE PROCEDURE.	29
REMARQUE N° 23	: LES ENTRETIENS DEMONTRENT QUE LES PROFESSIONNELS NE SE SONT PAS APPROPRIES LA DEMARCHE DE DECLARATIONS DES EI, NOTAMMENT EN NE CONNAISSANT PAS LA DEMARCHE POUR REALISER UN EI.	29
REMARQUE N° 24	: PAR AILLEURS LES PROFESSIONNELS NE SONT PAS SENSIBILISES ET FORMES A L'IDENTIFICATION ET LA CLASSIFICATION DES EI.	29
REMARQUE N° 25	: LES EI NE FONT PAS L'OBJET D'UN SUIVI ET D'UNE ANALYSE SYSTEMATIQUE.	30
REMARQUE N° 26	: LES EI NE FONT PAS SYSTEMATIQUEMENT L'OBJET DE MESURES PREVENTIVES ET CORRECTRICES AVEC AU FINAL UN RETOUR D'EXPERIENCE POUR L'ETABLISSEMENT.	30
REMARQUE N° 27	: LES EI NE FONT PAS L'OBJET D'UN RETOUR AUPRES DES DECLARANTS.	30
REMARQUE N° 28	: IL N'EXISTE PAS DE PROCEDURE D'EI SPECIFIQUE A LA PECM.....	30
REMARQUE N° 29	: LES DIFFERENTES DONNEES TRANSMISES PAR L'ETABLISSEMENT (TABLEAUX DES EFFECTIFS, DIPLOMES....) ONT REVELE DES INCOHERENCES DANS LA GESTION DES EFFECTIFS. LES PERSONNELS IDENTIFIES COMME PERSONNEL DE NUIT, SONT EGALEMENT IDENTIFIES DANS LE TABLEAU DES EFFECTIFS, COMME PERSONNEL DE JOUR.	32
REMARQUE N° 30	: EN L'ABSENCE DE TRANSMISSION DU TABLEAU DES EFFECTIFS ETP POURVUS/NON POURVUS, LA QUOTITE REELLE DES AS ET IDE, AUXILIAIRE DE SOINS EN CDI/CDD/VACATAIRES POUR CALCULER LE RATIO D'ENCADREMENT EN SOIN N'A PAS PU ETRE VERIFIEE PAR LA MISSION D'INSPECTION.	32
REMARQUE N° 31	: AU JOUR DE LA VISITE CONTRAIREMENT A CE QUI EST INDIQUE DANS LE PLANNING (JUIN 2023), SUR 7 AGENTS PRESENTS DEDIES AU SOINS, 4 SONT VACATAIRES, EN CDD, OU ETUDIANTS EN FORMATION :	33
REMARQUE N° 32	: L'ETABLISSEMENT A RECOURS DE MANIERE IMPORTANTE A DU PERSONNEL INFIRMIER VACATAIRE, AIDE-SOIGNANT CDD/VACATAIRES OU STAGIAIRES.....	33
REMARQUE N° 33	: ON NOTE QUE L'ETABLISSEMENT A RECOURS EN PROPORTION IMPORTANTE AU CDD, ET AUX CONTRATS VACATAIRES, EN PARTICULIER SUR LES POSTES DE SOINS (COMME DECRIT PLUS HAUT).	34
REMARQUE N° 34	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE UN SUIVI DU TAUX DE ROTATION ET DU TAUX D'ABSENTEISME.	34
REMARQUE N° 35	: LES PLANNINGS COMMUNIQUEES PAR CATEGORIES DE PROFESSIONNELS/PAR ETAGE NE SONT PAS CLAIRS. LES CODES HORAIRES COMMUNIQUEES PAR L'ETABLISSEMENT NE PERMETTENT PAS D'AVOIR UNE LISIBILITE DE L'AMPLITUDE HORAIRE/PRESENCE DES PERSONNELS PAR ETAGE SUR LES PLANNINGS.	37
REMARQUE N° 36	: LA CONSTRUCTION DES PLANNINGS NE REFLETE PAS LA PRESENCE EFFECTIVE DES PERSONNELS.	38
REMARQUE N° 37	: LA DIRECTION N'A PAS TRANSMIS DE FICHES DE POSTES D'AS ET D'ASH, ET D'AMP A LA MISSION.	39

REMARQUE N° 38	: IL N'Y A PAS DE PROCEDURE POUR ORGANISER LES REMPLACEMENTS.	40
REMARQUE N° 39	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS POURSUIVI SON EFFORT DE DEVELOPPEMENT DE PROCEDURES BUDGETAIRES ET FINANCIERES NECESSAIRES AU BON FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT.	40
REMARQUE N° 40	: L'ETABLISSEMENT NE REALISE PAS LA FACTURATION DE MANIERE REGULIERE ET NE LA TRANSMET PAS AUX FAMILLES ET AUX ORGANISMES FINANCEURS.	43
REMARQUE N° 41	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS REGLE SES DETTES FOURNISSEURS, SOCIALES ET PATRONALES DANS DES DELAIS CORRECTS.	44
REMARQUE N° 42	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS RENSEIGNE LE TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE DE L'ANAP.	45
REMARQUE N° 43	: LA MISSION CONSTATE QUE LE JOUR DE LA VISITE, AUCUN PERSONNEL NE LUI A DEMANDE DE REMPLIR LE REGISTRE DES ENTREES ET SORTIES.	46
REMARQUE N° 44	: LA MISSION CONSTATE QUE DES DOSSIERS ADMINISTRATIFS DES RESIDENTS CONTIENNENT DES INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL.	47
REMARQUE N° 45	: DES PIECES QUI DEVRAIENT FIGURER DANS LE DOSSIER SONT ABSENTES (ACCORD SUR LES DROITS A L'IMAGE, AUTORISATION DE SORTIE, DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE).	47
REMARQUE N° 46	: LES DOSSIERS ADMINISTRATIFS DU RESIDENT NE COMPRENNENT PAS LES PAI, LES DIRECTIVES ANTICIPEES ET LES CR DE REUNIONS DE SYNTHESE DU RESIDENT.	47
REMARQUE N° 47	: ■■■■ INDIQUE A LA MISSION QUE L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE PAS DE PROCEDURE CONCERNANT LE CLASSEMENT DES DOCUMENTS DANS LES DOSSIERS MEDICAUX DES RESIDENTS SOUS FORMAT PAPIER.	49
REMARQUE N° 48	: LA MISSION CONSTATE LE JOUR DE LA VISITE L'AFFICHAGE DEVANT L'ORDINATEUR DE L'INFIRMERIE DE CODES D'ACCES PARTAGES (E.G. « ■■■■ », « ■■■■ ») CE QUI EST CONTRAIRE A LA PROCEDURE DECRITE PAR ■■■■ RELATIVE A L'ATTRIBUTION D'UN ACCES AU LOGICIEL DE SOINS INDIVIDUEL ET IDENTIFIE POUR CHAQUE SOIGNANT.	50
REMARQUE N° 49	: ■■■■ INDIQUE A LA MISSION QU'IL N'Y A PAS DE FORMATION FORMALISEE AU LOGICIEL DE SOINS PREVUE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS QUI SONT FORMES PAR LEURS PAIRS (■■■■) PRESENTS DANS L'ETABLISSEMENT LORS LEUR PRISE DE POSTE.	51
REMARQUE N° 50	: ■■■■ INDIQUE A LA MISSION QUE L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE PAS DE PROCEDURE DEGRADEE PERMETTANT D'AVOIR ACCES AUX DONNEES DE SANTE DES RESIDENTS COLLECTEES DANS LE DOSSIER NUMERIQUE EN CAS DE NON-POSSIBILITE D'ACCES AU LOGICIEL DE SOINS (E.G. PANNE INFORMATIQUE). CE MANQUEMENT EST CONTRAIRE A L'OBLIGATION POUR L'ETABLISSEMENT DE S'ASSURER DE LA CONTINUITE DES SOINS, NOTAMMENT DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DE PLANS DE CONTINUITE ET DE REPRISE D'ACTIVITES.	51
REMARQUE N° 51	: LORS DE L'EXAMEN DE L'ECHANTILLON DE DOSSIERS LA MISSION, ACCOMPAGNEE PAR L'■■■■, A CONSTATE DANS LES DOSSIERS EXAMINES :	53
-ABSENCE DE PPI DANS LE DOSSIER MEDICAL ET DE SOINS,		53
-ABSENCE DE SYNTHESE MEDICALE REGULIEREMENT ACTUALISEE,		53
-DANS CERTAINS DES DOSSIERS DE RESIDENTS EXAMINES, LE PLAN JOURNALIER D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS N'EST PAS TOUJOURS VALIDE, OU L'EST PARTIELLEMENT CERTAINS JOURS,		53
-DANS CERTAINS DES DOSSIERS DE RESIDENTS EXAMINES, LES PLANS DE SOINS JOURNALIERS, EN PARTICULIER LES PLANS DE SOINS AS, NE SONT PAS TOUJOURS VALIDES, OU LE SONT PARTIELLEMENT CERTAINS JOURS,		53
-DANS CERTAINS DOSSIERS PATIENTS EXAMINES, AU REGARD DES POIDS REPORTES, LA PESEE N'EST PAS REALISEE TOUS LES MOIS, CE QUI N'EST PAS CONFORME AUX RBPP EN MATIERE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION,		53
-UNE INSUFFISANCE ET/OU UNE IRREGULARITE DES TRANSMISSIONS SOIGNANTES RELATIVES AUX SOINS (E.G. DANS UN DES DOSSIERS PATIENTS ANALYSES, ■■■■ CONSTATE AVEC LA MISSION QUE LA DERNIERE TRANSMISSION AS DATE DE PLUS DE DEUX MOIS ET DEMI ALORS QUE ■■■■ INDIQUE QUE DES SOINS ONT ETE PROGRAMMES POUR LE RESIDENT AU COURS DE CETTE PERIODE).		53

REMARQUE N° 52	: EN L'ABSENCE DE DONNEES SUR L'ETAT DE DEPENDANCE DES RESIDENTS, LA MISSION N'A PAS PU VERIFIER SI L'ETABLISSEMENT EST SUFFISAMMENT DOTE.	57
REMARQUE N° 53	: EN L'ABSENCE DE LA TRANSMISSION D'UN DOCUMENT DE SUIVI DES REPARATIONS ET PETITS TRAVAUX, LA MISSION N'A PAS PU VERIFIER LEUR EFFECTIVITE.	57
REMARQUE N° 54	: L'ETABLISSEMENT NE REALISE PAS UNE EVALUATION REGULIERE DE L'ENTRETIEN DU LINGE.	58
REMARQUE N° 55	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES PROCEDURES RELATIVES A LA COLLECTE ET A L'ELIMINATION DES DASRI AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.	59
REMARQUE N° 56	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS A LA MISSION LA LISTE DES RESIDENTS VACCINES CONTRE LA MALADIE COVID, NI CELLE DES RESIDENTS VACCINES CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE.	60
REMARQUE N° 57	: LA MISSION A CONSTATE QUE CE FONCTIONNEMENT REND COMPLIQUE LA CIRCULATION DES PERSONNES EN DEHORS DE CES HORAIRES CE QUI PEUT ETRE UNE ENTRAVE A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT DES RESIDENTS ET DE LEURS PROCHES.	60
REMARQUE N° 58	: LA MISSION CONSTATE QUE LE DOCUMENT « CONTRAT DE SEJOUR » DOIT ETRE ACTUALISE, NOTAMMENT POUR CE QUI CONCERNE LA DECLINAISON DES FONCTIONS DES PROFESSIONNELS AFIN DE PERMETTRE AU PUBLIC D'IDENTIFIER LES PERSONNELS QU'IL EST AMENE A RENCONTRER (E.G. INFIRMIER(ERE) COORDINATEUR (TRICE) ET NON INFIRMIER(ERE) CHEF).	62
REMARQUE N° 59	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES CONTRATS DES MEDECINS TRAITANTS INTERVENANT A L'EHPAD.	66
REMARQUE N° 60	: BIEN QUE ■■■■■ INDIQUE QUE LES MEDECINS TRAITANTS DES AUTRES RESIDENTS PALLIENT, PONCTUELLEMENT EN CAS DE BESOIN, SUR SOLlicitATION DES IDE, L'ABSENCE DE DESIGNATION DE MEDECIN TRAITANT POUR ■■■■■ RESIDENTS, L'ABSENCE DE MEDECIN COORDINATEUR (MEDCO) CONJUGUEE A CELLE DE MEDECIN PRESCRIPTEUR NE PERMETTENT PAS UN SUIVI MEDICAL DE QUALITE ET OPTIMAL POUR LES RESIDENTS QUI N'ONT PAS DE MEDECIN TRAITANT.	67
REMARQUE N° 61	: SI LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DE L'EHPAD LES QUATRE SAISONS PREVOIT LA MISE EN PLACE D'ENQUETES DE SATISFACTION AUPRES DES RESIDENTS, ■■■■■ ■■■■■ A INDIQUE A LA MISSION QUE CELLES-CI N'ONT PAS ETE REALISEES DEPUIS SON ARRIVEE.	69
REMARQUE N° 62	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS :	70
	- LE PROTOCOLE RELATIF A L'USAGE DE LA CONTENTION CHEZ LES RESIDENTS,	70
	- L'ACCORD DU RESIDENT ET/OU DE SA FAMILLE, S'IL EST RECUEILLI, N'EST PAS TRACE,	70
	- LES CONTENTIONS NE SONT PAS REGULIEREMENT EVALUEES CE QUI EST CONTRAIRE AUX RBPP,	70
	- L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS A LA MISSION LA LISTE DES RESIDENTS SOUS CONTENTION ET LES TYPES DE CONTENTIONS LES CONCERNANT.	71
REMARQUE N° 63	: LE PROJET D'ANIMATION N'EST PAS ACTUALISE ET VALIDE PAR LE CVS DANS LE CADRE DE LA MISE A JOUR DU PROJET D'ETABLISSEMENT.	72
REMARQUE N° 64	: L'ETABLISSEMENT NE VEILLE PAS A L'affICHAGE DE LA PROGRAMMATION MENSUELLE DES ANIMATIONS.	73
REMARQUE N° 65	: LE PROJET D'ETABLISSEMENT COMPREND UN VOLET CONSACRE A L'ANIMATION, TOUTEFOIS LE PROJET D'ETABLISSEMENT TRANSMIS N'EST PLUS ACTUEL, CE QUI POSE LA QUESTION DE SA VALIDITE.	73
REMARQUE N° 66	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS REALISE UNE EVALUATION REGULIERE DE LA RESTAURATION.	74
REMARQUE N° 67	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS ORGANISE DE COMMISSIONS DES MENUS DURANT DES MOIS AVANT L'ARRIVEE DE LA DIRECTRICE.	74
REMARQUE N° 68	: ■■■■■ N'EST PAS PARTIE PRENANTE DU SUIVI DES REGIMES, TEXTURES ET AJOUTS DE COMPLEMENTES NUTRITIONNELS DES RESIDENTS.	75
REMARQUE N° 69	: IL EST APPARU QUE LES REPAS POUVAIT MANQUER D'ALIMENTS PERIPHERIQUES (PAIN, VIN,...) DU FAIT DE PROBLEME DE LIVRAISON, CONSEQUENT A DES RETARDS DE PAIEMENT DE FOURNISSEURS DE DENREES.	75
REMARQUE N° 70	: LE SERVICE DE RESTAURATION N'EST PAS INTEGRE A LA DEMARCHE D'IDENTIFICATION ET DE SUIVI DES RESIDENTS DENUTRIS.	76

REMARQUE N° 71	: L'ENSEMBLE DES RESIDENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE OBSERVANCE LORS DES REPAS, Y COMPRIS LES PLUS AUTONOMES, EN PARTICULIER SUR LA CONSOMMATION DE LEURS RATIONS ALIMENTAIRES.	77
REMARQUE N° 72	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE DE PROCEDURE D'AIDE AUX REPAS.	77
REMARQUE N° 73	: L'ETABLISSEMENT NE PROPOSE PAS DE FORMATION SUR LA DEGLUTITION A SES AGENTS.	77
REMARQUE N° 74	: L'ENTRETIEN DE L'IDEC AVEC LA MISSION SOULIGNE LE BESOIN DE CELLE-CI D'APPROPRIATION DE SES MISSIONS ET D'UNE DEFINITION PLUS PRECISE DES AXES DE PRIORISATION PARMI CELLES-CI.	81
REMARQUE N° 75	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS A LA MISSION LES PROTOCOLES ET PROCEDURES RELATIFS AUX SOINS ET AU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN VIGUEUR DANS L'ETABLISSEMENT LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE DE LA MISSION D'INSPECTION.	84
REMARQUE N° 76	: LA MISSION CONSTATE QUE LA REDACTION DE CERTAINS PROTOCOLES (OU PROCEDURES) DE SOINS TRANSMIS RISQUE DE RENDRE DIFFICILE L'APPROPRIATION DES PROTOCOLES PAR LES PERSONNELS EN CHARGE DE LES APPLIQUER, NOTAMMENT CONCERNANT : L'IDENTIFICATION DE LA SITUATION CIBLE (OU DE L'OBJECTIF CIBLE) DE LA PROCEDURE (E.G. : LE « PROTOCOLE DIRECTIVES ANTICIPEES.PDF » EST RELATIF AUX PRESCRIPTIONS MEDICALES ANTICIPEES ET NON A LA REDACTION DES SOUHAITS DU RESIDENT RELATIFS A SA FIN DE VIE), LA DATE DE MISE EN APPLICATION DU PROTOCOLE (EN PARTICULIER SI D'AUTRES PROTOCOLES SUR LA MEME THEMATIQUE EXISTENT, E.G. « PROTOCOLE DISTRIBUTION.PDF»), LES PROFESSIONNELS CONCERNES, LES OBJECTIFS DE SOINS A ATTEINDRE, LA MISE EN PLACE DES CONDITIONS FAVORABLES DE SOINS, L'EXPLICITATION DE L'ENSEMBLE DES ACTIONS ATTENDUES DES PROFESSIONNELS IMPLIQUES, ...	85
REMARQUE N° 77	: LA MISSION CONSTATE QUE LA MISE EN ŒUVRE DES PROCEDURES ELABOREES PAR LE MEDECIN COORDINATEUR EST PREVUE EN SEPTEMBRE. IL APPARAÎT SOUHAITABLE QU'UNE INFORMATION/FORMATION INTERNE CONCERNANT LES PROTOCOLES ET LES PROCEDURES DE SOINS SOIT DISPENSEE AUX PERSONNELS DE SOINS EN CHARGE DE LES METTRE EN ŒUVRE EN VUE DE LEUR APPROPRIATION PAR CES PROFESSIONNELS AVEC UNE EVALUATION DES PRATIQUES A DISTANCE DE LA FORMATION.	85
REMARQUE N° 78	: ■■■■■ INDIQUE QUE LA TRAÇABILITE DES SOINS EST EFFECTUEE DE MANIERE DIFFEREE CAR LES PERSONNELS NE DISPOSENT PAS DE TABLETTES OU D'ORDINATEURS SUR LES CHARIOTS DEDIES AUX SOINS OU A LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS.	86
REMARQUE N° 79	: LA MISSION CONSTATE LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE QUE DEUX PRODUITS MULTI-DOSE, SE TROUVANT DANS LE TIROIR A MEDICAMENTS INDIVIDUEL D'UN RESIDENT, DANS LE CHARIOT DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS NE COMPORTENT PAS : LE NOM DU PATIENT, LA DATE D'OUVERTURE, LA DATE DE PEREMPTION. PAR AILLEURS LE PRODUIT EST OUVERT.	87
REMARQUE N° 80	: DE PLUS, LE TIROIR A MEDICAMENT CONTIENT DEUX DISPOSITIFS DOSEURS (PIPETTES) DE CAPACITES DIFFERENTES DONT L'USAGE N'EST PAS IDENTIFIE. OUTRE LA DEFAILLANCE DANS LES MESURES D'HYGIENE A RESPECTER EN MATIERE DE STOCKAGE ET D'UTILISATION DE PRODUITS MEDICAMENTEUX, CE MANQUEMENT AUX RBPP RELATIF A L'USAGE DES PRODUITS MULTI-USAGE ENTRAINE UN RISQUE EN MATIERE DE PHARMACOVIGILANCE (ERREUR MEDICAMENTEUSE PAR UN MESUSAGE D'UN DISPOSITIF DOSEUR DONT LES GRADUATIONS NE CORRESPONDENT PAS A CELLE DU DISPOSITIF DOSEUR DEDIE AU FLACON DE MEDICAMENT UTILISE) ; CF. PHOTO CI-DESSOUS.	87
REMARQUE N° 81	: UN SONDAGE REALISE PAR LA MISSION A MONTRE, DANS LE CHARIOT A MEDICAMENTS ET DANS L'ARMOIRE A MEDICAMENTS, DANS LE TIROIR DE RESIDENTS, DES PRODUITS MULTI-USAGE OUVERTS SANS IDENTIFICATION DU RESIDENT ET SANS INDICATION DE LA DATE D'OUVERTURE ET DE LA DATE DE PEREMPTION (CF. PHOTO CI-DESSOUS).....	87
REMARQUE N° 82	: UN SONDAGE REALISE PAR LA MISSION DANS LES BACS DEDIES AU RANGEMENT DES PRODUITS UTILISES POUR LES SOINS INFIRMIERS MONTRE QUE DES PRODUITS ANTISEPTIQUES MULTI-DOSE ONT UNE DATE D'OUVERTURE DE PLUS D'UN MOIS (CF. PHOTO CI-DESSOUS) ET/OU SONT RANGES DANS DE MAUVAISES CONDITIONS DE CONSERVATION (FLACON AVEC OPERCULE OUVERT), CES CONDITIONS NE GARANTISSENT PAS L'INTEGRITE DE CES PRODUITS.	88
REMARQUE N° 83	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS A LA MISSION LES PROCEDURES ET PROTOCOLES RELATIFS AU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN VIGUEUR LE JOUR DE LA VISITE D'INSPECTION.	89
REMARQUE N° 84	: ■■■■■ PRECISE A LA MISSION QU'ELLE IGNORE LES MODALITES DE FORMATION DES MEDECINS A ■■■■■.	91

REMARQUE N° 85	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS A LA MISSION LES PROCEDURES RELATIVES A LA VERIFICATION DES MEDICAMENTS LIVRES PAR L'OFFICINE, LE RANGEMENT DES MEDICAMENTS DANS LES ARMOIRES ET CHARIOTS A MEDICAMENTS DEDIES, ET LA PREPARATION DES CHARIOTS DE DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS QUI SONT INDIQUEES SUR LA LISTE DE PROCEDURES CONSULTEE SUR SITE.	94
REMARQUE N° 86	L'ENTRETIEN DE LA MISSION AVEC [REDACTED] SOULIGNE QUE SI L'ETABLISSEMENT DISPOSE DE CES PROCEDURES ECRITES, CELLES-CI NE SONT PAS CONNUES PAR LES PROFESSIONNELS EN CHARGE DE LES METTRE EN ŒUVRE, [REDACTED] PRECISANT QUE LES PROCESS SUIVIS QU'ELLE A DECRIT A LA MISSION SONT TRANSMIS DE MANIERE ORALE AUX PROFESSIONNELS (EN PARTICULIER LES PROFESSIONNELS NOUVEAUX-ARRIVANTS).	94
REMARQUE N° 87	: LES MODALITES DE TRAÇABILITE DE L'INVENTAIRE DU CONTENU DU STOCK TAMPON (CORRECTIONS MANUSCRITES AVEC CHIFFRES RATURES, ...) RENDENT DIFFICILE L'APPRECIATION DU NOMBRE DE PRODUITS EFFECTIVEMENT PRESENTS DANS CE STOCK, CE QUI CONSTITUE UN RISQUE POUR LA QUALITE ET LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS. CES PRODUITS ETANT DESTINES A REpondre A DES BESOINS DE SOINS PRESCRITS EN URGENCE (CF. PHOTO CI-DESSOUS).	96
REMARQUE N° 88	: LA MISSION CONSTATE QUE LA DERNIERE VERIFICATION DU STOCK TAMPON EST DATEE [REDACTED] (CF. PHOTO CI-DESSOUS). L'ABSENCE DE VERIFICATION REGULIERE ET TRACEE DU STOCK TAMPON EST CONTRAIRE AUX RBPP ET ENTRAINE DES RISQUES POUR LA QUALITE ET LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS.	96
REMARQUE N° 89	: LA MISSION NOTE SUR LA LISTE DES PROTOCOLES CONSULTEE SUR SITE QUE L'ETABLISSEMENT DISPOSE DE PROCEDURES « RANGEMENT ET APPROVISIONNEMENT PHARMACIE » ET « NETTOYAGE CHARIOT MEDICAMENT » AUXQUELS [REDACTED] NE FAIT PAS REFERENCE EN MATIERE DE PROCEDURE RELATIVE A L'ENTRETIEN DES DISPOSITIFS CONTENANT LES MEDICAMENTS AU SEIN DE L'EHPAD. CES PROCEDURES INSCRITES SUR LA LISTE DES PROTOCOLES EN VIGUEUR DANS L'ETABLISSEMENT LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE N'ONT PAS ETE TRANSMISES A LA MISSION.	99
REMARQUE N° 90	: LA MISSION NOTE L'ABSENCE DE SUPPORT DE TRAÇABILITE DE LA VERIFICATION DES MEDICAMENTS LIVRES PAR L'OFFICINE, DES PROBLEMES DANS CETTE LIVRAISON ET DES ACTIONS CORRECTRICES DEMANDEES ET REALISEES. DE MEME ELLE NOTE L'ABSENCE DE SUPPORT DE TRAÇABILITE DE LA PREPARATION DES CHARIOTS DE DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS PAR LES IDE A L'EHPAD.	100
REMARQUE N° 91	: LA MISSION CONSTATE QU'UN CHARIOT DE DISTRIBUTION DE MEDICAMENT NE PEUT PAS ETRE VERROUILLE (MECANISME DE FERMETURE CASSE).	102
REMARQUE N° 92	: LA VALIDATION DE MANIERE DIFFEREE DE L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS N'EST PAS OPTIMALE ET FAIT COURIR UN RISQUE EN MATIERE DE SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE (RISQUE D'ERREUR LIE A UN DEFAUT DANS LA PROCEDURE DE SOINS).	102
REMARQUE N° 93	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LA LISTE DE « MEDICAMENTS NON ECRASABLES ET DES GELULES NON OUVRABLES » EN VIGUEUR DANS L'ETABLISSEMENT LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE.	104
REMARQUE N° 94	: [REDACTED] INDIQUE QUE L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE PAS DE PROTOCOLE DE BROYAGE DES MEDICAMENTS	104
REMARQUE N° 95	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES PROTOCOLES OU LES PROCEDURES RELATIFS A LA « DELEGATION D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PAR L'IDE » ET A L' « AIDE A LA PRISE DES MEDICAMENTS PAR L'AS » EN VIGUEUR LE JOUR DE LA VISITE D'INSPECTION.	105
REMARQUE N° 96	: LA MISSION A SOULIGNE LE RISQUE DE DIFFICULTE D'APPROPRIATION DU PROTOCOLE PAR LES PERSONNELS EN CHARGE DE L'APPLIQUER EN RAISON DE LA QUALITE DE SA REDACTION.	105
REMARQUE N° 97	: LE LIBELLE DES DOSES ADMINISTREES DANS LES REGISTRES DES STUPEFIANTS NE REpond PAS AUX RBPP (NOTE EN CHIFFRE).	106
REMARQUE N° 98	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LE PROTOCOLE DE DEPISTAGE ET DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR SIGNALEE PAR [REDACTED] COMME EXISTANT DANS L'ETABLISSEMENT LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE.	106
REMARQUE N° 99	: LA MISSION A SOULIGNE LE RISQUE DE DIFFICULTE D'APPROPRIATION DU PROTOCOLE PAR LES PERSONNELS EN CHARGE DE L'APPLIQUER EN RAISON DE LA QUALITE DE SA REDACTION.	107

REMARQUE N° 100	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE D'EVALUATION SYSTEMATIQUE DE LA DOULEUR POUR TOUS LES RESIDENTS (EN INCLUANT LES RESIDENTS N'AYANT PAS DE PLAINTES SPONTANEE) EN VUE D'UNE PREVENTION PRIMAIRE ET/OU SECONDAIRE OU DE LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DE LA DOULEUR.	107
REMARQUE N° 101	: LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DE CONVENTION AVEC UNE HAD.	108
REMARQUE N° 102	: LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DE CONVENTION AVEC LE RESEAU [REDACTED]	108
REMARQUE N° 103	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES PROTOCOLES RELATIFS AUX SOINS PALLIATIFS ET A LA FIN DE VIE EN VIGUEUR LE JOUR DE LA VISITE D'INSPECTION OU INDIQUE SI CES PROTOCOLES EXISTAIENT.	108
REMARQUE N° 104	: LA MISSION A SOULIGNE LE RISQUE DE DIFFICULTE D'APPROPRIATION DES PROTOCOLES PAR LES PERSONNELS EN CHARGE DE LES APPLIQUER EN RAISON DE LA QUALITE DE SA REDACTION.	109
REMARQUE N° 105	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES PROTOCOLES ET LES PROCEDURES DE SOINS FIGURANT SUR LA LISTE DE PROTOCOLES DE SOINS CONSULTEE LE JOUR DE LA VISITE ET EN VIGUEUR LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE.	109
REMARQUE N° 106	: CONCERNANT LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES AU NIVEAU DE L'ETABLISSEMENT, LA MISSION CONSTATE QUE :	110
	- IL N'EST PAS REALISE, AU NIVEAU DE L'ETABLISSEMENT, UNE ANALYSE REGULIERE DES CHUTES SURVENUES CHEZ L'ENSEMBLE DES RESIDENTS DANS LE CADRE D'UNE DEMARCHE DE QUALITE D'EVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES FAISANT DES CHUTES REPETEES ET VISANT A AMELIORER LE REPERAGE PRECOCE DES RISQUES DE CHUTES AU SEIN DE L'EHPAD	110
	- L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LE BILAN QUANTITATIF DES CHUTES POUR [REDACTED]	110
REMARQUE N° 107	: L'ANALYSE PAR LA MISSION D'UN ECHANTILLON DE DOSSIERS MEDICAUX MONTRE QUE CONTRAIREMENT AUX RBPP ET AU PROTOCOLE DE L'ETABLISSEMENT, TOUS LES RESIDENTS NE SONT PAS PESES SYSTEMATIQUEMENT AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS AU COURS DE LEUR SEJOUR A L'EHPAD.	111
REMARQUE N° 108	: L'EHPAD N'A PAS TRANSMIS LA LISTE DES RESIDENTS PRESENTANT DES TROUBLES TROPHIQUES ET LE TYPE DE SOINS DISPENSES POUR CHACUN D'EUX.	112
REMARQUE N° 109	: PAR AILLEURS, [REDACTED] N'A PAS PU INDiquer A LA MISSION LE NOMBRE PRECIS DE RESIDENTS PRESENTANT CE TYPE DE PATHOLOGIES.	112
REMARQUE N° 110	: LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DES CONVENTIONS DE PARTENARIATS DE L'EHPAD AVEC LE CENTRE HOSPITALIER DE [REDACTED] (EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE....). 113	113
REMARQUE N° 111	: L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS A LA MISSION LES PROTOCOLES ET PROCEDURES RELATIFS A LA PREVENTION ET LA PRISE EN SOINS DES TROUBLES TROPHIQUES CHEZ LES RESIDENTS EN VIGUEUR LE JOUR DE LA VISITE D'INSPECTION.	113
REMARQUE N° 112	: DANS SA REPONSE A LA LETTRE D'INTENTION ADRESSEE PAR COURRIEL A LA DATE DU 1 ^E AOÛT, LE PRESIDENT DU CIAS A INDIQUE L'ELABORATION PAR LE MEDCO D'UN PROTOCOLE CONCERNANT « LES PANSEMENTS ». CE PROTOCOLE N'A PAS ETE TRANSMIS A LA MISSION.	113
REMARQUE N° 113	: LA MISSION CONSTATE LE JOUR DE L'INSPECTION QU'[REDACTED] EST PRESENTE SEULE DANS L'INFIRMERIE CONTRAIREMENT AUX REGLES ETABLIES PAR L'ETABLISSEMENT RELATIVE A LA RESTRICTION DE L'ACCES AU LOCAL « INFIRMERIE » ET PRECISEES A LA MISSION AU COURS DE SON ENTRETIEN PAR [REDACTED], A SAVOIR QUE LES [REDACTED] NE VIENNENT DANS L'INFIRMERIE QU'EN PRESENCE [REDACTED].	115
REMARQUE N° 114	: LE DISTRIBUTEUR DE PAPIER PRES DU PLAN D'EAU EST VIDE (ABSENCE DE ROULEAU DE PAPIER A USAGE UNIQUE), CE QUI FAIT COURIR LE RISQUE DE NON-RESPECT DE L'HYGIENE DES MAINS, NOTAMMENT LORS DE LA PREPARATION DES SOINS (PREPARATION DES MEDICAMENTS, DES MATERIELS ET DISPOSITIFS DE SOINS, ...) ; CF. PHOTO CI-DESSOUS. 117	117
REMARQUE N° 115	: LE CARTON COLLECTEUR CYCLAMED NE COMPORTE PAS D'ETIQUETTE (OU D'ANNOTATIONS SUR LE CARTON) D'IDENTIFICATION (NOM EHPAD, DATE DE MISE EN SERVICE, ...). 118	118

REMARQUE N° 116 : LORS DE LA VISITE, LA MISSION CONSTATE L'ABSENCE DE SUPPORT DE RELEVES DES TEMPERATURES DU REFRIGERATEUR DEDIE A LA CONSERVATION DES PRODUITS THERMOSENSIBLES. CE MANQUEMENT AUX REGLES DE CONTROLE DU DISPOSITIF DE LA CHAINE DU FROID ET DE LA TRAÇABILITE PHARMACEUTIQUE FAIT COURIR UN RISQUE QUANT A LA SECURITE ET A L'INTEGRITE DES PRODUITS CONSERVES DANS LE REFRIGERATEUR.	118
REMARQUE N° 117 : L'ABSENCE DE FORMALISATION DANS UNE PROCEDURE ACTUALISEE, ET/OU SA CONNAISSANCE (SI CETTE PROCEDURE EXISTE) PAR L'ENSEMBLE DES PERSONNELS IMPLIQUES, RELATIVE AU NETTOYAGE REGULIER ET A SA TRAÇABILITE DES CONTENANTS (TIROIRS INDIVIDUEL PAR RESIDENT) DES CHARIOTS A MEDICAMENTS ET DES ARMOIRES A MEDICAMENTS NE RESPECTENT PAS LES RBPP.	120
REMARQUE N° 118 : CERTAINS AFFICHAGES DES NUMEROS INTERNES NE SONT PAS MIS A JOUR (E.G. NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDCO, DE L'IDEC).	120
REMARQUE N° 119 : LE CHARIOT D'URGENCE (LOCALISE DANS [REDACTED]) N'EST PAS RANGE DANS SON EMPLACEMENT DEDIE [REDACTED]. LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE, UNE [REDACTED] LORS DE SON ENTRETIEN AVEC LA MISSION DESIGNER COMME ETANT LE CHARIOT D'URGENCE LE CHARIOT UTILISE POUR POSER LE DAE A L'INFIRMERIE. CE CONSTAT MONTRE QU'IL N'EST PAS PRECISE (DU MOINS SYSTEMATIQUEMENT), LORS DE L'ACCUEIL DES NOUVEAUX PERSONNELS INFIRMIERS, L'EMPLACEMENT DES MATERIELS ET DISPOSITIFS QUE CES PERSONNELS PEUVENT ETRE AMENES A UTILISER DANS LE CADRE DE LEURS FONCTIONS, EN PARTICULIER LORS D'URGENTES MEDICALES.	121
REMARQUE N° 120 : [REDACTED] PRECISE QU'AVANT D'ETRE CASSEE LA CLE DE L'ARMOIRE A MEDICAMENTS ETAIT RANGEE DANS UN BOITIER LUI-MEME RANGE DANS UN DES CHARIOTS DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS. LA MISSION OBSERVE QUE CE CHOIX DE RANGEMENT N'EST PAS OPTIMAL ET FAIT COURIR DES RISQUES QUANT A LA SECURISATION DE LA CLE DE L'ARMOIRE DEDIEE AUX MEDICAMENTS DES RESIDENTS ; L'USAGE D'UNE BOITE A CLE SECURISEE INSTALLEE A L'INFIRMERIE, FIXEE SUR UN SUPPORT SOLIDE (MUR PAR EXEMPLE) AVEC UN DISPOSITIF DE VERROUILLAGE CONNU DES SEULS PROFESSIONNELS AUTORISES (IDEC, IDE) APPARAÎT PLUS SECURE.	122
REMARQUE N° 121 : LORS DE LA VISITE SUR SITE (REALISEE PAR LA MISSION ACCOMPAGNEE PAR [REDACTED]), LA MISSION FAIT LES CONSTATS SUIVANTS CONCERNANT LE CHARIOT D'URGENCE : 126	
- IL N'EST PAS SCILLE	126
- IL N'EST PAS LIBRE D'ACCES (FAUTEUIL ROULANT DEVANT LE CHARIOT)	126
- LA DERNIERE VERIFICATION DU CHARIOT EST DATEE DE [REDACTED] (IL EST INDIQUE SUR LE DOCUMENT RELATIF AU CONTENU DU CHARIOT D'URGENCE QUE LA VERIFICATION DU CHARIOT D'URGENCE DOIT ETRE FAITE TOUS LES MOIS)	126
- L'ETAT DU CHARIOT D'URGENCE AU JOUR DE LA VISITE SUR SITE N'EST PAS TRACE DANS LA FEUILLE DE CONTROLE DU CHARIOT ET IL N'Y A PAS D'ETIQUETTE INDIQUANT L'ETAT DU CHARIOT (COMPLET, EN COURS DE VERIFICATION, EN ATTENTE DE RECEPTION DE COMMANDE, ...)	126
- LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE L'INVENTAIRE DU CONTENU DU CHARIOT FAIT PAR LA MISSION AU VU DE LA LISTE DU CONTENU DU CHARIOT D'URGENCE PLACEE SUR LE PLATEAU SUPERIEUR DU CHARIOT MONTRE QUE LE CHARIOT EST INCOMPLET	126
- SUR LE POINT PRECEDENT, [REDACTED] INDIQUE QU'ELLE A FAIT LE CONSTAT DE L'UTILISATION PAR LES PERSONNELS DE SOINS DU CONTENU DU CHARIOT D'URGENCE EN DEHORS D'UNE URGENCE VITALE.....	126
- [REDACTED] INDIQUE QU'IL N'Y A PAS DE PLANNING ETABLI DE VERIFICATION DU CHARIOT D'URGENCE	126
- LA MISSION CONSTATE QU'UN EMPLACEMENT EST RESERVE AU DAE DANS UN DES TIROIRS DU CHARIOT, [REDACTED] CONFIRMANT QUE LE RANGEMENT DEDIE DU DAE EST DANS LE CHARIOT D'URGENCE. OR LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE LE DAE EST PLACE DANS LE [REDACTED].	126
- HORMIS LE DOCUMENT « CHARIOT D'URGENCE » DESTINE AU CONTROLE DU CHARIOT, LES PROCEDURES ET PROTOCOLES DE SOINS DE CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENTES MEDICALES, SI ELLES EXISTENT, NE SONT PAS A PROXIMITE DU CHARIOT D'URGENCE	127
- L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS DE PROCEDURE DE MAINTENANCE ET DE GESTION CONCERNANT LE MATERIEL ET LES PRODUITS MEDICAMENTEUX DU CHARIOT D'URGENCE, QUI, SI ELLE EXISTE, N'EST PAS UTILISEE, VOIRE CONNUE, PAR LES PERSONNELS EN CHARGE DE LES APPLIQUER	127

- L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS LES PROCEDURES ET PROTOCOLES DE SOINS DE CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCES MEDICALES EN VIGUEUR LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE.	127
REMARQUE N° 122 : LE DAE EST INSTALLE DANS UN ENDROIT DONT L'ACCES EST LIMITE, ET DE CE FAIT N'EST PAS SITUE DANS UN EMPLACEMENT VISIBLE DU PUBLIC ET EN PERMANENCE FACILE D'ACCES.	129
REMARQUE N° 123 : LES PPI DES RESIDENTS DONT LES DOSSIERS ONT FAIT PARTIE DE L'ECHANTILLON DES DOSSIERS MEDICAUX ANALYSES PAR LA MISSION, QUI DEVRAIENT COMPORTER UN VOLET SOINS N'ONT PAS ETE PRESENTES A LA MISSION.	130
REMARQUE N° 124 : L'ETABLISSEMENT N'A PAS TRANSMIS DE PROCEDURES OU DE PROTOCOLES DE SOINS RELATIFS AUX SITUATIONS D'URGENCES MEDICALES EN VIGUEUR DANS L'ETABLISSEMENT LE JOUR DE LA VISITE SUR SITE.	130
REMARQUE N° 125 : LA CONVENTION AVEC LE PEDICURE-PODOLOGUE N'EST PAS SIGNEE.	132
REMARQUE N° 126 : MALGRE PLUSIEURS RELANCES, LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DE CONVENTION AVEC UN SERVICE A DOMICILE.	132
REMARQUE N° 127 : MALGRE PLUSIEURS RELANCES LA MISSION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DE CONVENTION AVEC UN SERVICE D'HAD.	132
REMARQUE N° 128 : LA MISSION D'INSPECTION N'A PAS ETE DESTINATAIRE DE LA CONVENTION DE PARTENARIAT CORRESPONDANTE.	134

Conclusion

L'inspection diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), au sein de l'EHPAD les Quatre Saisons situé à Bagnolet (n° FINESS 930019344), géré par le CIAS de Bagnolet/Romainville a été réalisée les 13 et 14 juin 2023 à partir des constats effectués lors de la visite sur place et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

- GOUVERNANCE
 1. Management et Stratégie
 2. Animation et fonctionnement des instances
 3. Gestion de la qualité
 4. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
- FONCTIONS SUPPORT
 5. Gestion des ressources humaines
 6. Gestion budgétaire et financière
 7. Gestion d'information
 8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
 9. Sécurité
- PRISE EN CHARGE
 10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 11. Respect des droits des personnes
 12. Vie sociale et relationnelle
 13. Vie quotidienne - Hébergement
 14. 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 et d'amélioration.

Saint Denis, le

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

Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.

Documents demandés	Documents transmis
Projet d'établissement en vigueur	
Organigramme	x
Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	x
Contrat du directeur de l'EHPAD	x
Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD	x
DUD du directeur	x
Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction	
3 derniers comptes rendus du CODIR	
Contrat IDEC	x
Fiche de paye IDEC mois précédent	
Qualifications et diplôme/gériatrie de l'IDEC	
Contrat MedCo	
Fiche de paye MedCo mois précédent	
Qualifications et diplôme/gériatrie du MedCo	
inscription à une formation gériatrique du médecin assurant la fonction de MedCo	
Les 3 derniers CR du conseil de la vie sociale	x
Dernière évaluation externe	
Dernier bilan concernant l'analyse des plaintes et réclamations, et le résultat des enquêtes de satisfaction	
Procédure de gestion des EI	
Compte rendu des 2 derniers RETEX	
bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	
Plan de formation années N-1 et N	
Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant	
Rapport d'activité annuel N-1	
RAMA	
ERRD N-1 [CPOM - Part des charges de prestations externes dans le total des charges de Groupe 2 des « dépenses de personnel » (hors restauration et blanchisserie), cf ANAP]	
un exemplaire vierge d'un livret d'accueil et les différentes annexes	x
Les 2 dernier CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique.	
Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux.	x
Liste des personnes qualifiées	x
Liste anonymisée des résidents sous contention et types de contentions les concernant	
Procédure relative aux contentions	
Les 2 derniers CR de la commission des repas	
Sur 1 an, le suivi des poids, IMC, taux des dénutris modérés ou sévères	
Planning réalisé de tout le personnel de M-1 JOUR; Tableau récapitulatif et nominatif des personnels rémunérés le jour dit (ETP réels) 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),	x

- le cas échéant, absence/congés longs (maladie, maternité); - Planning effectif de tout le personnel au jour dit (0h à 24h)	
Planning réalisé de tout le personnel de M-1NUIT; Tableau récapitulatif et nominatif des personnels rémunérés le jour dit (ETP réels) 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), - le cas échéant, absence/congés longs (maladie, maternité); - Planning effectif de tout le personnel au jour dit (0h à 24h)	
convention avec un établissement de santé et/ou avec un service d'urgence, et/ou avec un service de gériatrie	
Convention avec l'HAD	
Convention avec équipe de gériatrie-psy et EMG (équipe mobile gériatrique)	
Convention avec EMSP (équipe mobile de soins palliatifs)	

Annexe 3 : Tableau RH renseigné.

<i>CDD pour les 3 derniers mois</i>	Nombre de personnes recrutées en CDD	Nombre de personnes recrutées en CDI
Infirmier	5	1
AS,AMP,AES,ASG	10	16
Faisant fonction d'AS ou d'AES, AMP, AES en VAE		
Faisant fonction d'AS ou d'AES, AMP, AES hors VAE		

Pour l'ensemble de la grille, la mention "le jour dit" s'entend à la date de signature du contrôle ARS; les éléments demandés le sont pour ce jour à l'exception d'une mention contraire.

Pour les effectifs: ne pas comptabiliser les salariés qui remplacent un salarié absent, les stagiaires et les alternants.



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