

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « La Maison du Parc » situé 81 Bis rue de
l'Amiral Mouchez 75013 PARIS
N° FINESS 75 004 1089**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_IDF_00285
Contrôle sur place le 30/11/2022**

Mission conduite par

- ✓ Monsieur Eric BONGRAND, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de Santé Île-de-France.
- ✓ Madame Sabrina MESLEM, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de Santé Île-de-France.
- ✓ Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.
- ✓ Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

Accompagnés par

- ✓ Docteur Martine LE NOC SOUDANI, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie.

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse.....	4
Introduction.....	6
Contexte de la mission d'inspection	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
Gouvernance.....	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie.....	9
Animation et fonctionnement des instances	17
Gestion de la qualité.....	18
Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	21
Fonctions support.....	24
Gestion des ressources humaines	24
Gestion d'information.....	31
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	35
Prises en charge	41
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	41
Respect des droits des personnes	45
Vie sociale et relationnelle	49
Vie quotidienne. Hébergement	50
Soins.....	53
Relations avec l'extérieur	61
Coordination avec les autres secteurs	61
RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES.....	63
Conclusion	64
Glossaire	65
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	66
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.....	68

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). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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 moyen.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

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 d'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurités

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

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Après avoir procédé à l'inspection sur place et à l'analyse des documents transmis par le gestionnaire, la mission d'inspection émet 2 écarts et 11 remarques :

ECARTS

Gestion des ressources humaines :

2.1.1.1 - Ecart : Le temps de présence du médecin coordonnateur (0,5 ETP) ne respecte pas le Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 (0,60 ETP pour un établissement entre 100 et 199 places). La mission alerte la direction sur le fait que le Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 fixe le temps de présence minimal du médecin coordonnateur dans un établissement de 100 à 199 places à 0,80 ETP à compter du 1er janvier 2023 au lieu de 0,60 ETP précédemment.

Sécurités :

2.5.4.3 - Ecart : La mission a constaté que dans la salle de bain d'un résident, le système d'appel malade n'était pas opérationnel.

REMARQUES :**Gestion de la qualité :**

1.4.1.1 - Remarque : La mission qualité de la directrice adjointe n'est pas connue de l'ensemble des salariés

1.4.3.0 - Remarque : D'après le document « formation bientraitance » transmis, l'ensemble du personnel soignant n'a pas suivi la formation sur la bientraitance et pour certains personnels cette formation remonte à plus de 5 ans.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables :

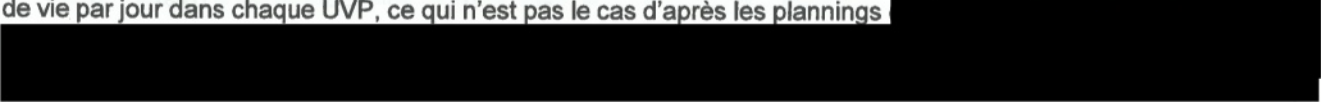
1.5.2.0 - Remarque : le tableau des chutes n'est pas complété par la date de la chute et les actions d'amélioration à mettre en place

1.5.1.1 - Remarque : une réponse écrite aux réclamations des familles n'est pas toujours apportée.

1.5.1.5 - Remarque : La politique de déclaration des EI et EIG semble connue mais nécessite un retour aux déclarants plus régulier et formalisé et faire l'objet d'un RETEX

Gestion des ressources humaines :

2.1.4.5 - Remarque : L'étude des fiches de tâches des soignants des UVP montre qu'il est prévu 2 AS et 1 auxiliaires de vie par jour dans chaque UVP, ce qui n'est pas le cas d'après les plannings

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

3.1.4.7 - Remarque : Il est à noter que les soignants ne disposent que d'un seul ordinateur pour réaliser leur transmission, un autre étant en panne.

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 « La Maison du Parc » situé 81 Bis rue de l'Amiral Mouchez 75013 PARIS N° FINESS 75 004 1089, 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 30 novembre 2022, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par la Ville de Paris.

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

GOVERNANCE

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 d'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurités

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

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs.

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 81 Bis rue de l'Amiral Mouchez 75013 PARIS N° FINESS 75 004 1089, l'EHPAD « La Maison du Parc » est géré par l'association ADEF Résidences située 19-21 rue Baudin - 94207 Ivry-sur-Seine Cedex.

Ouvert en 2008, l'EHPAD La maison du Parc dispose de 96 places en hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire.

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

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer et dispose à cette effet de 2 unités de vie protégée pour une capacité de 36 places.

Le budget de fonctionnement 2021 est de :

- 1 410 846,11 € au titre du soin
- 686 837 € au titre de la dépendance

Le tarif hébergement 2021 s'élève quant à lui à 89,42 € pour les personnes de plus de 60 ans et à 107,83 € pour les résidents de moins de 60 ans et l'hébergement temporaire.

Constats

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

Consignes de lecture :

Écart : toute non-conformité à une référence juridique.

Remarque : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique.

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.

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation			
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?	OUI SO	L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) * accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". R 332-1 CASF D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?	OUI	L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ?	SO	Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie			
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'Etablissement, projet de service...) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique et Managérial		
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	OUI	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	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sécurité des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	OUI	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF.
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	OUI, celui-ci est en cours d'actualisation. Accompagnement par le siège. [REDACTED] : Groupes de travail par thématiques animés par des pilotes et co pilotes : Soins, Autonomie, Vie sociale, Logistique, Pilotage. Une AS est référente dans chaque équipe.	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88-1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	OUI	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS* Anesm-HAS
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Le Plan bleu est accessible à l'accueil situé sur la console. Il est daté en 2022 sur la page principale.	L311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérail et social		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	OUI	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Des CODIR ont lieu tous les vendredis matin entre la direction, l'IDEC et la cadre hôtelière. Des COMEX ont également lieu tous les mardis matin. Le COMEX est composé du CODIR, du médecin coordonnateur, d'un membre du pôle administratif, de la psychologue, de la psychomotricienne, de l'ergothérapeute, de l'agent de maintenance. Des points hebdomadaires se tiennent également entre la direction et le coordonnateur de la vie sociale.	
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Non, le climat social au sein de l'établissement est apparu de bonne qualité. Cependant, des réclamations sur le plan salarial s'expriment en raison de la réduction des écarts suite aux revalorisations du SMIC (effet de tassement). Projet d'améliorer la salle de repos. Les salariés de nuit ont reçu la visite du président ADEF. Des actions de sensibilisation et de prévention aux risques psycho-sociaux sont assurées par la personne référente prévention RPS (ergothérapeute).	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Réunions avec les directeurs de l'ensemble des établissements ADEF et directeur des opérations (N1) toutes les 2 semaines, 45 mn à 1h30 en visio (60 Ets) - A son arrivée, le directeur a bénéficié d'une semaine d'immersion dans un EHPAD. Échanges avec direction accompagnante et points hebdo pendant 3 mois. Points mensuels avec N+1- Siège support RH.	D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	Directeur en poste [REDACTED] 1 ETP Non Oui Oui Oui Supervision des recrutements (recrutement de tout le personnel) IDEC = équipe soignante, Responsable Hôpitalière = idem), Relations partenaires et projets ; Gestion des équipes, gestion des travaux.	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	OUI [REDACTED]	D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (Ets publics communaux) Cirulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Les week-end et JF, un certain nombre de personnes en capacité de répondre à des situations qui sortent de l'ordinaire sont présentes : ce sont tout d'abord les IDE, aux côtés de l'AS référent et aux côtés du membre du pôle administratif (secrétaire ou assistante de direction par roulement, samedi et dimanche de 9h à 18h45). Ainsi, en cas d'absence imprévue de personnel, c'est l'AS référente avec le pôle administratif qui vont trouver un remplacement et réorganiser l'équipe, si besoin, avec les IDE. S'il y a une panne ou un dysfonctionnement de matériel, les professionnels cités plus haut ou les professionnels de nuit vont pouvoir joindre les entreprises prestataires avec lesquelles une astreinte est organisée 24h/24 et 7j/7. En cas d'absence la nuit, il existe une procédure pour travailler en « mode dégradé ». Pour la nuit, le partenariat avec le SSIAD de Nuit [REDACTED] Sud permet d'apporter des réponses au personnel sur place, avec une IDE qui passe tous les soirs et qui est joignable toute la nuit. Enfin, toutes ces procédures, tous ces contacts en cas de besoin se trouvent dans un classeur appelé « trousse d'urgence » accessible et visible de tous les salariés, au niveau de la salle de repos et de la salle de repas. La procédure « actions réflexes en situation de crise » est en première page et comporte les numéros d'urgence dont ceux des personnes ressources du siège et bien évidemment ceux du directeur (et de l'IDEC) qui en cas d'événement important se doit d'être informé. Les procédures présentes dans ce classeur sont : • Disparition d'un résident • Recherche hospitalière • CAT en cas d'AES • Trouver la pharmacie de garde • Hospitalisation d'un résident • Décès d'un résident • Soins au résident décédé • Continuité des soins en l'absence d'IDE • Protocole de mise en place de contention physique	

14172

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
			- CAT en cas de forte chaleur + 20 fiches ARS - Procédure Événement Indésirable - Prise en charge d'un résident en cas de chute - Signalement et traitement d'un acte de maltraitance	
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	OUI	
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	OUI (1 ETP)	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	OUI Le temps du Medco est de 0,5 ETP au lieu de 0,6 ETP requis	D312-156 du CASF (ETP MedCo) ATTENTION changement des ETP / nombre de places au 01/01/2023.
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Il ne possède à ce jour aucun diplôme requis pour exercer sa fonction de médecin coordonnateur. Il peut néanmoins exercer sa fonction de médecin coordonnateur dans la mesure où il s'engage à suivre une formation pour l'obtention d'un des diplômes dans les 3 ans.	D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
1.2.2.17	Management et Stratégie	Le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	OUI	D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
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'Etablissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social - Médiatique		
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	OUI	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances			
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes		D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Oui, les élections étaient programmées la semaine suivante l'inspection. Réunions régulières.	D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille> à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseil 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)

Gestion de la qualité

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité			
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - 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 - Appréhender l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes		
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	L'organigramme ne comporte pas de fonction de qualicien [REDACTED] la Directrice adjointe est en charge de la qualité accompagnée par le groupe ADEF d'une équipe au siège dont fait partie un ingénieur en métrologie. Les salariés interrogés ne semblent pas connaître la mission qualité de la directrice adjointe. Remarque : Formaliser davantage la mission qualité de la directrice adjointe (son périmètre d'intervention, les objectifs attendus etc..)	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Le plan d'amélioration continue 2022 a été transmis. La restauration est assurée par [REDACTED] une filiale d'ADEF. Cette prestation fait l'objet régulière d'une évaluation par [REDACTED] mais aussi par l'EHPAD. Un questionnaire de satisfaction est réalisé chaque année par [REDACTED] auprès des résidents. [REDACTED]	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	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	L'évaluation interne s'est déroulée en 2017 et l'évaluation externe le 4-5 octobre 2021 en respectant le calendrier réglementaire. La démarche d'évaluation interne de l'EHPAD a été accompagnée par un prestataire externe qui appartient à une filiale d'ADEF	L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	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		Le directeur est impliqué sur la promotion de la bientraitance. Il a été formé pendant 2 jours et une partie des salariés ont déjà été en formation pour « développer la bientraitance en institution ». Néanmoins, certains ont été formés il y a plus de 5 ans. Il existe un guide de bientraitance réalisé tous les 2 ans. Il est suivi par le CODIR. Le plan de formation 2023 transmis fait apparaître que 12 personnes doivent être formées à la bientraitance en institution. Remarque : veiller à inscrire au plan de formation plus régulièrement les salariés pour mettre à jour leurs connaissances sur la promotion de la bientraitance.	
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	Les numéros d'appel pour les victimes sont affichés et présents dans le livret à disposition des résidents. Des cas de maltraitance ont déjà été identifiés et ont fait l'objet d'un signalement aux autorités compétentes. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) ou institutionnelles vont être remis en place prochainement.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008	

1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	L'EHPAD utilise une application [REDACTED] pour déclarer, suivre et mettre en places des actions suite à un EI. Il est également utilisé dans le cadre de la GED. Oui, les événements indésirables sont signalés aux autorités compétentes. Un EIG a conduit à un signalement (article 40). Celui-ci concernait une auxiliaire de vie auteur de propos et de gestes malveillants envers des résidents. Il ressort des entretiens menés avec le personnel qu'ils connaissent l'existence et l'accès aux procédures sur « l'ordinateur » relatives aux conduites à tenir selon la réalisation d'un événement mais reconnaissent ne pas toutes les connaître.	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)
---------	-----------------------	--	---	---

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N° ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes – Juridique – Média/tique	des résidents vaccinés contre la grippe en 2022 contre	
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique – Sécurité des personnes	Existence de déclaration de dysfonctionnement orale remontée à la direction ou directement sur l'application . Les EIG sont transmis aux autorités compétentes (ARS, Ville de Paris, procureur). Nombre EI chutes en 2021 : de janvier à octobre 2021 Certaines chutes sont étudiées pour connaître la cause et conduisent à des actions pour les prévenir. Remarque : le tableau des chutes doit être complété par la date de la chute et les actions d'amélioration à mettre en place.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	L'EHPAD met à disposition des résidents, représentants et proches des fiches de réclamation dans un classeur (rose) accessible par tous situé sur la console à gauche de l'accueil. Les réclamations sont tracées dans un tableau de suivi réclamation. Il existe également un cahier de doléances à l'accueil de l'EHPAD L'établissement réalise une enquête de satisfaction par an, la prochaine est prévue en janvier 2023. Les éléments signalés par les enquêtes et réclamations ne conduisent pas toujours à une réponse écrite [REDACTED] Il demande aux équipes de beaucoup communiquer auprès des familles pour lever les incompréhensions. Des réunions avec les familles sont organisées par le directeur (une pour les résidents des étages classiques et une pour les UVP). Remarque : tracer les échanges oraux avec les familles (date, par qui etc...) lorsqu'il s'agit d'apporter une réponse à une réclamations etc...	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Les salariés interrogés connaissent la procédure de déclaration d'événement indésirable sur l'application [REDACTED] même si certains préfèrent relater oralement l'EI à la cadre, IDEC ou l'IDE pour compléter ensemble la fiche de déclaration. Les professionnels semblent connaître la classification des différents EI mais demandent davantage de retours après une déclaration d'EI.	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'état et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)

N°/CAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Il ressort des entretiens, un manque de retex sur les EI. Les personnes rencontrées souhaiteraient être plus informées sur les suites d'un EI. Remarque : La politique de déclaration des IE et EIG semble connue mais nécessite un retour aux déclarants plus régulier et formalisé.	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008
1.5.1.7	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Il existe une procédure sur le circuit du médicament. Son existence est connue mais son contenu moins.	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines			
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	 Ecart : Le temps de présence du médecin coordonnateur (0,5 ETP) ne respecte pas le Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 (0,60 ETP pour un établissement entre 100 et 199 places). Il est à noter qu'à compter du 1^{er} janvier 2023, le temps de présence minimal du médecin coordonnateur est porté à 0,80 ETP.	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
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	Le jour de la visite 4 postes de soignants sur les 15 prévus (AS/AMP/auxiliaires de vie) étaient pourvus par des CDD (2 sur des postes vacants et 2 sur des remplacements d'agent en arrêt de travail et en compte personnel d'activité).	Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?		L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L.311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission / feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation, - médecine du travail	Les dossiers des salariés consultés étaient de bonne tenue et contenaient : - Le diplôme - Le bulletin de casier judiciaire - Le contrat de travail - Les attestations de formation - Fiche de poste Les dossiers ne contenaient pas tous la fiche d'aptitude de la médecine du travail. Certaines étaient dans un classeur à part.	L.133-6 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 L.6315-1, code du travail) L.451-1 CASF (agrément formations sociales) D.451-88 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)
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?		Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L.312-1 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 D.451-88 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	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managériale – Social		

N° ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EH PAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	Un plan de formation bientraitance a été communiqué mais celui-ci concerne la période 2012-2020. Les dossiers des salariés consultés attestent de la réalisation de formations dont celle liée à la prévention de la maltraitance. Néanmoins, pour certains cette formation date de plus de 5 ans. Les formations sont diverses : promotion de la bientraitance, incendie, gestes premiers secours, évaluation externe, etc... L'établissement n'a transmis que le plan de formation 2023. Des formations sur le refus de soin, la prise en charge de la santé bucco-dentaire sont prévues (12 personnes). Remarque : veiller à inscrire au plan de formation plus régulièrement les salariés pour mettre à jour leurs connaissances sur la promotion de la bientraitance	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
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont-ils accompagné d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)?	Des professionnels ont pu bénéficier d'un accompagnement dans d'autres établissements du groupe dans le cadre d'une immersion. Il a par ailleurs été indiqué à la mission qu'un soignant expérimenté était toujours présent à chaque étage pour former un nouveau soignant.	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 »)

27/172

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des agents - Social		L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ?	Il a été indiqué à la mission que les besoins en formation étaient remontés lors des entretiens professionnels. Par ailleurs, des groupes d'analyse des pratiques professionnelles vont reprendre.	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 Les plannings sont-ils faits en avance ?		
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Les plannings des soignants (AS/IDE/AVS) sont établis par l'IDEC, ceux de l'équipe hôtelière sont réalisés par la responsable hôtelière. Les roulements de travail des équipes soignantes sont établis pour l'année entière et les plannings sont fixés pour le mois.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Concernant le personnel soignant, il est prévu 3 AS/AMP/auxiliaire de vie par étage avec les horaires suivants pour les UVP : - 6h30 -> 18h30 - 8h -> 20h - 9h -> 21h Et 8h -> 20h pour les unités classiques. S'agissant des IDE, 3 IDE sont prévues par jour avec les horaires suivants : - 7h -> 19h - 8h -> 20h - 8h -> 16h30 Remarque : L'étude des fiches de tâches des soignants des UVP montre qu'il est prévu 2 AS et 1 auxiliaires de vie par jour dans chaque UVP, ce qui n'est pas le cas d'après les plannings	
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	Les soignants disposent d'une fiche de tâche. Une procédure conduite à tenir en cas d'urgence en l'absence de l'IDE a été élaborée. Par ailleurs, une procédure à l'attention du directeur précise les actions à mener en cas de crise et sollicitation des médias.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	Remarque : [REDACTED]	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?	L'établissement dispose d'un pool de vacataires et recourt à des plateformes en ligne pour être mis en relation avec du personnel soignant.	

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.0.0	Gestion d'information			
2.3.1.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence des rapports réglementaires (Rapports d'activité, rapport médical...) - Identifier les éventuels points de dysfonctionnement qui ressortent d'une analyse du contenu des rapports et des données statistiques disponibles Principales catégories de risques possibles : Juridique - Managérial	Conforme à la réglementation	
2.3.1.2	Gestion d'information	Existe-t-il des documents présentant des données statistiques portant sur les personnes prises en charge et sur l'activité de la structure ? - Tableau GIR - Tableau PATHOS - RAMA - RAA - Tableau de bord- ESMS de l'ANAP	Conforme à la réglementation	Article R314-50 casf (rapport d'activité) R314-49 CASF (délai de transmission bilan comptable EHPAD) D312-203 CASF (action démarche qualité dans RAA) R314-3 CASF (calendrier budgétaire EPRD)
2.3.1.4	Gestion d'information	Le médecin coordonnateur rédige-t-il un rapport annuel d'activité médicale ? Ce rapport retrace-t-il les modalités de : - la prise en charge médicale, - les caractéristiques de la population accueillie, - les recours aux urgences, les hospitalisations Y a-t-il une analyse des données de : - morbidité, - mortalité, - des événements indésirables, - des complications liées aux soins	Conforme à la réglementation	D. 312-158 (10°) CASF (MedCo rédige RAMA avec équipe soignante / RAMA retrace l'évolution de l'état de dépendance et santé des résident) D. 312-155-3 al 9°, CASF (MedCo rédige RAMA) D. 312-158 (4°) CASF (MedCo doit évaluer l'état de dépendance-GIR) Modèle de trame RAMA 2020 -ARS pays de Loire

31/72

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : Juridique		
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	Conforme à la réglementation	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
2.3.3.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier l'adéquation des systèmes d'information aux besoins de la structure - Vérifier que les règles applicables aux accès aux informations personnelles sont respectées (code accès et mot de passe personnel, RGPD) Principales catégories de risques possibles : Juridique		
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : Juridique		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL	La mission d'inspection a regardé un échantillonnage de dossiers des résidents : Il apparaît que : - Un contrat de séjour n'était pas signé, - Les noms des médecins traitants ne sont pas indiqués - Un seul PVI était rangé Aucun résident n'avait indiqué ses directives anticipées.	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.
2.3.4.3	Gestion d'information	Sur quels supports retrouve-t-on le dossier médical ? (papier, informatique, ...) Comment et quand sont organisés le recueil des données de santé et leur gestion - courrier, - compte-rendu, - dossier de demande d'admission, - de visite de préadmission, d'admission et de suivi au sein de la structure, - lettre de sorte d'hospitalisation, - compte-rendu d'hospitalisation, - prescriptions, - observations, - Vaccinations, - DLU, - autres...	Le dossier médical est informatisé. On y retrouve dans le volet administratif les coordonnées des personnes de confiance ou des personnes référentes le cas échéant, la protection juridique le cas échéant. Des informations complémentaires comme la dépendance, le GIR les aides nécessaires, les déficits sensoriels. Des données médicales telles que le statut vaccinal, les allergies, les risques principaux, les diverses pathologies avec des informations concises permettant de les documenter. La traçabilité des prescriptions médicales, celles de l'équipe soignantes (transmissions ciblées) est assurée ainsi que celle liée -aux résultats des examens biologiques. De même est assurée la traçabilité des discussions anticipées lorsque la personne est en situation palliative. Il existe un dossier papier rassemblant des documents tels que le document cerfa de demande d'admission, les comptes rendus médicaux ou des examens complémentaires.	L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP (confidentialité des informations de santé concernant le résident) Par assimilation, R1112-2 CSP (dossier médical en EDS) L. 1112-4 (PEC de la douleur et des soins palliatifs en EDS et en ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.4.4	Gestion d'information	Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	Armoire sécurisée avec une fermeture à clef dans la salle de soins.	R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3, 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel) HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement		Les locaux sont gérés par [REDACTED] On accède au bâtiment par un grand portail fermé par un code. L'établissement d'une superficie de 6000 m2, est desservi par 3 ascenseurs et un monte-charge. Les ascenseurs sont sécurisés avec accès aux étages par code. L'établissement s'élève sur 7 niveaux : - Le sous-sol où sont situés la cuisine, la lingerie, des réserves, le local poubelles, une grande salle de réunion et de formation, le bureau du CSE, la salle kiné, l'espace snoezelen particulièrement équipée (lit, fauteuil, accessoires, coussins, lumières...) utilisée par l'ergothérapeute, les salles de repos et de repas des professionnels. La salle bainé est fermée en raison d'un problème de légionnelle dans le bâtiment. Pour résoudre ce problème, les pommeaux de douche sont changés tous les 3 mois. - Le rez-de-chaussée où se trouvent : Les bureaux d'accueil, de direction, de la psychologue, le salon des familles, le salon de coiffure, la salle de soins et la vaste salle commune. 4 chambres précédemment réservées aux hébergements temporaires se trouvent au RDC. Des boîtes aux lettres nominatives sont installées dans le hall d'entrée. - Les 5 étages accueillent les chambres des résidents et des salles d'activité. - Le niveau 3 dispose également d'un bureau de vie sociale. - Les 1^{ers} et 2^{èmes} étages sont dédiés aux unités protégées, de larges couloirs permettent la déambulation. - Le 1^{er} étage dispose d'une terrasse sécurisée. - L'établissement ne dispose pas de jardin, 2 terrasses l'une située au 1^{er} étage la seconde au RDC offrent la possibilité aux résidents de sortir. - L'établissement est bien entretenu, les sols des étages ont été récemment changés. Les étages sont colorés et les rideaux fleuris apportent de la gaieté dans les chambres.	
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?		L 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ?	Les espaces communs de tous les étages sont climatisés ainsi que le salon des familles et la salle de restauration du RDC.	D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	Les locaux sont vastes et équipés de rampes. L'organisation des espaces intérieurs permet les déplacements verticaux et horizontaux dans le respect des normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite dans les parties communes et circulations.	L 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Agent de maintenance en arrêt maladie depuis 3 ans : des personnels de remplacements en CDD prennent en charge les petits travaux. Les fiches d'intervention et réparation vues dans le classeur à l'accueil sont remplies sur plusieurs jours.	
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Outils et des équipements de travail. Focus maltraitance : rails, pesées par exemple.	Le DUERP mis à jour en avril 2022 fait état d'un programme de prévention avec projet de 15 rails au plafond avec moteur intégré (crédits CNR)	L1110-1-1 CSP (formation / évolutions obligatoire) L4121-3 (DUERP)
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) qu'elles soient faites en interne ou externalisées Principales catégories de risques possibles : Financiers		
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le linge plat ainsi que les tenues professionnelles sont lavés sur place. Le traitement des draps est externalisé auprès de la Site [REDACTED] avec sacs de couleur pour suivre un protocole du tri du linge.	Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBpp
			 Le linge des résidents est marqué par la lingère. Le linge sale des résidents est déversé par une goulotte accessible depuis chaque étage, il arrive au sous-sol dans la lingerie sur des tables de tri, il est ensuite lavé, séché, plié et rangé dans des casiers La personne en charge du linge est aujourd'hui à mi-temps lingère et à mi-temps agent de service.	

IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurités		Le local poubelles est situé au sous-sol du bâtiment. La mission constate que le local DASRI est situé dans le même espace bien que sécurisé par une grille fermée à clé. Le matin de la visite, de nombreux sacs poubelles entreposés à même le sol dégageaient une forte odeur d'urine 	
2.5.2.7	Sécurités	Existe-t-il un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI ? Quelle est la périodicité d'enlèvement des DASRI ?	Les bennes n'étaient pas encore rentrées dans le local poubelles. Pendant l'absence de longue durée de l'agent de maintenance, la sortie des poubelles est réalisée par une société extérieure 3 fois par semaine. Cette organisation va s'interrompre puisque l'agent de maintenance reprend son activité. Les bennes sont collectées par [REDACTED]. L'établissement a demandé d'ajouter des bennes supplémentaires mais la [REDACTED] a refusé estimant qu'il n'y avait pas assez de place dans le local. Les DASRI sont collectées par une société extérieure.	R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI)

2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Travaux pour éradiquer la légionnelle du réseau d'eau chaude sanitaire et contrôle biologique mensuel.	L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fuques ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	L'établissement est sous vidéo surveillance, une affiche apposée à l'entrée en informe les visiteurs. L'entrée du bâtiment est sécurisée par un code. L'affichage incendie et les plans d'évacuation sont conformes.	L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

2.5.4.3	Sécurités Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Des appels malades sont installés dans chaque chambre et salle de bains. Les appels sont reportés sur le DECT des soignants et sur des globes lumineux au-dessus des portes des chambres et sur un écran dans les salons d'étage. Un suivi hebdomadaire du fonctionnement des appels malades est prévu et noté dans un classeur. Ecart : La mission a constaté que dans la salle de bain d'un résident, le système d'appel malade n'était pas opérationnel. Par ailleurs, la direction de l'établissement n'a pas transmis les relevés d'appels malades demandés par la mission d'inspection. 	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
---------	--	---	--

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.0.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie			
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes - Maltraitance		
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? Existe-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?	L'établissement a transmis à la mission une procédure d'admission. La procédure ne précise pas les modalités de communication de refus d'admission. Elle prévoit la remise du livret d'accueil et de plusieurs annexes (règlement de fonctionnement, la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, la liste des personnes qualifiées) Il est également indiqué que les plaquettes d'information relatives aux directives anticipées sont remises lors du processus d'admission.	(obligation cerfa DU) R. 311-33 à -37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ? Il y a-t-il une évaluation Norton, Braden, Chutes, escarres, déglutition, douleur L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ? Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les documents prévus par les textes existent et sont appliqués (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) - Vérifier que les différentes procédures applicables tout au long du séjour sont effectives Principales catégories de risques possibles : Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance	Oui	D312-188 2° CASF (missions du MedCo) D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Maltraitance	Documents conformes	
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Maltraitance	Documents conformes	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Le psychologue assure la supervision globale des PVI des résidents. L'IDEC et le coordonnateur de vie sociale participent également en lien avec les soignants à l'élaboration des PVI. L'établissement a transmis un planning de révision des PVI par résident. La périodicité de mise à jour est de 6 mois.	L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement". 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance		
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci ; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information	Des CODIR ont lieu tous les vendredis matin entre la direction, l'IDEC et la cadre hôtelière. Des COMEX ont également lieu tous les mardis matin. Le COMEX est composé du CODIR, du médecin coordonnateur, d'un membre du pôle administratif, de la psychologue, de la psychomotricienne, de l'ergothérapeute, de l'agent de maintenance. Des points hebdomadaires se tiennent également entre la direction et le coordonnateur de la vie sociale. Par ailleurs, un petit journal quotidien présenté sous forme d'un classeur indique par exemple les RV médicaux du jour des résidents, les résidents qui déjeunent ce jour-là avec leur famille, les résidents à descendre aux animations... Il est indiqué que chaque professionnel titulaire ou vacataire doit prendre connaissance des informations inscrites avant sa prise de fonction.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?	Des réunions pluridisciplinaires ont lieu chaque semaine pour évoquer la situation des résidents. Par ailleurs, des réunions de service ont lieu 2 à 3 fois par mois (personnel soignant). Enfin, la responsable hôtelière réunit son équipe une fois par semaine. Il est procédé à un tour de table et divers thématiques sont abordées.	D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/lan) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	L'établissement a transmis la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD. [REDACTED]	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)
3.1.4.6	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est la régularité et la complétude des dossiers médicaux, à partir d'un échantillon de dossiers ?	Les dossiers sont régulièrement renseignés par les observations des différents médecins qui interviennent dans l'établissement. L'équipe soignante effectue des transmissions quotidiennes majoritairement ciblées. Lorsque le résident est en situation palliative, le dossier contient une traçabilité des discussions anticipées et les préconisations de prises en charges.	L311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4321-31 CSP (code déonto kiné, traçabilité des séances) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Des temps de transmissions sont prévus. Les transmissions se font sur ordinateur et sur un cahier dans l'infirmerie (vers 12h). Remarque : Il est à noter que les soignants ne disposent que d'un seul ordinateur pour réaliser leur transmission, un autre étant en panne. La présence d'un seul ordinateur ne facilite la saisie des transmissions pour autant essentielles au bon suivi des prises en charge	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)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes			
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique		
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	L'établissement dispose d'un salon pour les familles au rez-de-chaussée et de salons à chaque étage. L'établissement utilise également une application numérique permettant de maintenir le lien avec les familles et de partager la vie de l'établissement. Une documentation relative aux aidants (maison des ainés et [REDACTED]) est disponible pour les proches des résidents.	
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Maltraitance		
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est disponible dans un porte documents au rez-de-chaussée. La mission a également pu constater que des informations relatives au droit de vote des résidents et aux modalités d'exercice de ce dernier étaient affichées.	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	La liste des personnes qualifiées est disponible dans un porte documents au rez-de-chaussée.	L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Les dossiers des résidents examinés par la mission ont permis d'observer qu'une personne de confiance est parfois désignée.	L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.2.6	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour rédiger les directives anticipées, facilement accessible d'une personne accueillie ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Une procédure relative aux directives anticipées a été mise en place. Elle est disponible dans un porte documents au rez-de-chaussée.	L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP (directives anticipées) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4", 2012
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes ; Maltraitance		R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	Les prescriptions de contentions se limitent à la prescription de rideaux et celles-ci sont protégées par des filets afin d'éviter que les résidents se blessent.	L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir)
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer garantir l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet, ...	Des étiquettes nominatives sont apposées sur les portes des chambres complétées parfois par des indications personnalisées. 	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique : Maltraitance		
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	[REDACTED] présents le jour de la visite sont sous tutelle/curatelle. Les informations sont reportées dans le dossier des résidents.	L.472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ? Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer (UVP, ...)	Le coordonnateur de vie sociale assure la communication avec les familles, il gère l'application [REDACTED] Il s'assure également d'associer les soignants aux animations et d'accueillir les prestataires et bénévoles qui interviennent. Une commission d'animation s'est tenue le 12 octobre 2022. Le compte-rendu de cette commission est affiché. On peut y lire que les résidents ont été associés pour le choix d'une conférence qui s'est tenue fin octobre et qu'ils ont pu y exprimer des souhaits (activité aquarelle ou fusain, spectacle de mime créé par les résidents...) Les plannings d'animation transmis par la direction ne permettent pas de voir s'il est prévu des animations spécifiques aux unités de vie protégées. Par ailleurs, la cheffe gérante prépare des gâteaux d'anniversaire une fois par mois. Le jour de l'inspection, deux stagiaires animateurs étaient présents.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de la qualité du consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement comporte un volet animation y compris pour les unités de vie protégées.	

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0	Vie quotidienne - Hébergement			D312-159-2 CASF (prestation minimales d'hébergement)
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance		D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	La totalité des chambres de l'établissement sont des chambres individuelles avec sanitaires. Les résidents ont la possibilité de personnaliser leur intérieur. La mission a pu constater que des informations relatives aux habitudes de vie des résidents (besoin d'utilisation d'un verticalisateur pour les transferts, volonté de ne pas être réveillé avant telle heure...) sont indiquées dans la chambre des résidents.	L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Y-a-t-il une commission des menus ?	Il existe une commission des menus. Les PV de la dernière commission en date d'août 2022 est affiché. Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2022 (cf. supra)	Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	La cheffe gérante de la société [REDACTED] prestataire de restauration et filiale d'ADEF, indique à la mission qu'il existe un menu de substitution (jambon, œuf, omelette)	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?	Un tableau recensant les régimes des résidents (normal, haché, mixé) se trouve en cuisine.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les horaires des repas sont les suivants : - 8 heures pour le petit déjeuner - 12h15 pour le déjeuner - 18h15 pour le repas du soir Une dotation pour les collations existe. Tous les résidents ne demandent pas une collation.	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?	Les personnes sont pesées mensuellement, un tableau détaillé du suivi nutritionnel a été remis ; il mentionne les variations de poids, le suivi des albuminémies voire des pré-albuminémies, les prescriptions des compléments alimentaires, la texture des aliments, voire le contexte de la dénutrition (ex : retour d'hospitalisation). ■ résidents étaient dénutris avec une albuminémie inférieure à 35g/L. Il existe un suivi de l'hydratation des résidents considérés à risque de déshydratation.	D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARS-IDF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...) ? Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ? Les professionnels ont-ils une observance des rations alimentaires consommées ? Les professionnels sont-ils moteur de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?	Une zone du restaurant est réservée aux personnes nécessitant une aide au repas.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?	D'après les entretiens, les soignants assurent entre 6 et 8 toilettes par jour. En cas de toilette compliquée, celle-ci se fait en binôme.	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	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ? Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	L'accompagnement des résidents aux sanitaires si besoin est prévu dans la fiche de poste des soignants.	

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.8.0.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes		
3.8.1.0	Soins	Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ?		
3.8.1.4	Soins	Un(e) infirm(ier)ère d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ? Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ? Quels sont les différents supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste...) entre les différents professionnels en charge des personnes accueillies ?	Le médecin coordonnateur est présent à hauteur de 0,5 ETP dans l'établissement. Il doit par contre suivre une formation de médecin coordonnateur pour exercer à long terme dans l'établissement. Il ne réalise pas d'astreinte médicale.	D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)
3.8.2.1	Soins	Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...)? Les professionnels ont-ils connaissance des protocoles et procédures de soins, d'appel d'un médecin ou du 15, de signalements, de prescription de contention ? Les plans de soins sont-ils individualisés et réévalués régulièrement ?	Transmissions avant de prendre le poste et tous les jours à 11H et 16H. Procédure d'appel au 15 affichée.	"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
3.8.2.2	Soins	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées, ...)?	Directement en temps réel sur le dossier informatisé via des tablettes mises à disposition des soignants. Mais le jour de l'inspection la traçabilité des soins était effectuée en différé du fait de la non disponibilité des tablettes suite à des vols. De nouvelles tablettes étaient commandées selon l'IDEC.	D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) R1112-2 CSP (contenu dossier médical) R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS
3.8.2.5	Soins	La dispensation comprend-elle l'utilisation de l'original de la prescription, les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ? Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?	L'IDE avait à sa disposition les prescriptions qui sont informatisées. Traçabilité conforme des kinés, orthophonistes, IDE et des intervenants extérieurs comme l'EMGE.	R5132-3 du CSP (modalités de prescription) L4332-1 CSP (acte psychomotricien sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBpp
3.8.2.6	Soins	Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ? Quel est le pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé ? Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription (LAP) ? Les personnels habilités sont-ils formés à son utilisation et l'utilisent-ils ? Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées ? - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.	■ médecins traitants interviennent dans l'EHPAD. Il existe une liste des médecins traitants et de leurs patients respectifs dans la salle de soin. ■ médecin gériatre libéral intervient à raison de 0,1 ETP en tant que médecin prescripteur. ■ des prescriptions médicamenteuses sont réalisées dans le dossier informatisé et actualisées dans les dossiers consultés, ce qui, démontre une bonne appropriation du logiciel. Ces prescriptions sont conformes et réactualisées. La prise des médicaments prend en compte les capacités des résidents. Par contre il est noté dans les dossiers médicaux les résidents qui ont besoin d'aide pour la prise de leurs médicaments. ■ résidents n'ont pas de médecin traitant libéraux. Le médecin coordonnateur bénéficie de 0,1 médecin prescripteur et un autre médecin intervient au titre de 0,1 ETP de médecin prescripteur.	R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2è alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).
3.8.2.7	Soins	Existe-t-il une liste préférentielle de médicaments (LPM) : - quelles sont les modalités d'élaboration (Med Co en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien dispensateur et/ou référent) ? - Est-elle adaptée aux personnes âgées et est-elle établie par classes thérapeutiques ?	Liste préférentielle de médicaments non communiquée. Chariot d'urgence et dotation médicamenteuse contrôlée tous les mois. Dotation d'un obus d'oxygène pour les urgences.	L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS)
3.8.2.8	Soins	Les IDE sont-elles conduites à saisir elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin. Quelles sont les pratiques de retranscription : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Aucune retranscription par l'IDE de prescription médicamenteuse n'a été constatée dans les dossiers étudiés.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.8.2.12	Soins	Le stock tampon est-il conforme et est-il contrôlé ?	OUI	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)
3.8.2.13	Soins	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	OUI	R4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B
3.8.2.14	Soins	La préparation des médicaments est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Les médicaments sont reconditionnés par une pharmacie de ville et leur délivrance est contrôlée par l'IDE de L'EHPAD. Les médicaments « si besoin » et « hors piluliers » sont stockés dans la salle de soin dans une armoire fermée à clé. Il existe une traçabilité du stock tampon. L'entretien des contenants est réalisé	Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.17	Soins	L'administration des médicaments est-elle réalisée au vu de la dernière prescription ? Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	Les ordonnances étaient dans un classeur. Les chariots à médicaments étaient conformes.	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament) R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins) R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)
3.8.2.18	Soins	Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Pour les spécialités sous forme multi doses la date d'ouverture et le nom du résident sont-ils consignés ?	Traçabilité mais en différée le jour de l'inspection suite au vol des tablettes.	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.8.2.20	Soins	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?	Les médicaments à écraser sont identifiés et il existe un système/appareil avec godets récupérateurs individuels. pour broyer les médicaments	Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017 Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11 Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique
3.8.2.23	Soins	Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ?	Oui, mais à disposition sur un bureau à distance du coffre.	Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique) L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)
3.8.2.24	Soins	Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur ? Une formation à l'usage des pompes à morphine est-elle dispensée (HAD)?	Oui pour la prise en charge de la douleur. Les dossiers étudiés comportaient des évaluations régulières de la douleur conformément aux bonnes pratiques.	L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.
3.8.2.25	Soins	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ?	Il existe une procédure affichée dans la salle de soin pour solliciter [REDACTED] en d'urgences palliatives. Constat d'une fiche Palla urgence dans le dossier de la personne en soins palliatifs Un protocole « directives anticipées » à destination des familles est affichée au rez-de-chaussée.	L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017
3.8.3.1	Soins	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisée) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	Le poste de soin est centralisé et il n'est pas noté de défaut notoire d'hygiène. Les locaux nécessitent cependant un meilleur rangement.	

N°/CAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.8.3.2	Soins	Quels sont les équipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - instruments de mesure, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique),	Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique), etc., disponibles dans la salle de soins.	
3.8.3.3	Soins	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ? Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?	L'accès à la salle de soin est sécurisé. Les affichages sont actualisés.	R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
3.8.3.4	Soins	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Oui dans des armoires (ouvertes lors de la visite) mais dans une salle de soin d'accès sécurisée et dans laquelle était présent un IDE.	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 : Détection 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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.8.3.7	Soins	L'estimation des besoins en protections fait-elle l'objet d'un protocole individualisé ? Cf. plan de soins = les PDS comportent-ils un volet change ? Les stocks de protections sont-ils suffisants en nombre et en qualité par rapport à ces besoins ? Le stockage des changes ou protections est-il adapté ?	Conforme.	D. 312-155-0, 3° du CASF (projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies)
3.8.3.8	Soins	Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il : - scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracteurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils : - stockés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié	Sac d'urgence dans la salle de soin scellé avec lien de sécurité et contrôle. Pas de médicaments dont les dates de péremption sont dépassées. Appareils à aspiration Extracteurs Dotation en dispositif médicaux et en produits d'hygiène conforme aux besoins	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)
3.8.4.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Ethique	Les dossiers médicaux sont bien tenus. Les antécédents et pathologies sont identifiés ainsi que les renseignements d'usage (personne de confiance... curatelle...) Les observations médicales sont tracées ; le DLU est édité selon les modalités du logiciel (et de ce fait avec une présentation peu ergonomique en cas d'urgence). Les poids sont notés tous les mois, les évaluations douleurs sont réalisées. La douleur est tracée et évaluée. Les poids sont notés mensuellement pour la plupart. Les soignants effectuent des transmissions ciblées. ■ dossiers ont été étudiés dont un suivi en soins palliatifs, une prise en charge en HAD, un suivi en psychiatrie) Les chutes (au nombre de ■ en octobre) sont analysées.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.8.4.1	Soins	Qui contribue à l'élaboration du projet de soins individualisé ? À son suivi ? À quelle fréquence ? Sur quoi porte-t-il ?	Le médecin coordonnateur est présent lors de l'élaboration des projets de vie individualisés réalisés lors de réunion qui durent 3/4h 1H.	L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) D311 du CASF (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne) D312-158, 6° du CASF (évaluation gériatrique à l'entrée du résident) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011
3.8.4.2	Soins	Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ? Comment et par qui a-t-il été élaboré ? À partir de quels constats ?	OUI	L311-8 (PE), D311-38 (soins palliatifs) et D312-158, 1° (projet général de soins) du CASF HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009
3.8.4.3	Soins	Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ? Où sont-ils stockés ? Tous les soignants y ont accès 24h/24 ?	Le DLU est mis à disposition des soignants via le dossier informatisé. Un format papier existe dans les classeurs mais présente les défauts en terme d'actualisation du format papier: il est prévu un groupe électrogène en cas de délestage électrique.	L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	Groupements hospitaliers de territoire (GHT) La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ? La structure a-t-elle passé des conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour ?	L'hôpital gériatrique de référence est l'hôpital [REDACTED] Il a été signalé un rapprochement récent entre les deux structures afin d'intégrer la télésoins dans le parcours de soins.	L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Un médecin gériatre libéral (prescripteur à 0,1 ETP). Une orthophoniste libérale qui réalise entre autres des évaluations des troubles de la déglutition et des formations.	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)
4.2.1.3	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de services de santé à domicile	Intervention du SSIAD IDE de nuit [REDACTED]	
4.2.1.4	Coordination avec les autres secteurs	Quelles sont les modalités d'accompagnement de l'EHPAD par un établissement/service d'HAD pour : - 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 cognitive-comportementale ?	Partenariat avec la HAD avec répartition et réalisation effective des tâches entre les soignants de l'EHPAD et l'HAD (Constat lors de l'analyse du dossier du patient bénéficiant de la HAD). Procédure pour solliciter [REDACTED] en cas d'urgence bien visible dans la salle de soin.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	L'établissement a-t-il des conventions avec : * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de gérionto-psychiatrie * un SSIAD * une HAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres Quelles sont les modalités d'interventions et sont-elles effectives ? L'établissement est-il partie prenante dans un réseau gériatrique ?	Collaboration /et partenariat effectif avec : - 1 IMH du dispositif [REDACTED] - L'EMGE [REDACTED] - L'EMSPE [REDACTED] » pour les SP. - Le CMP [REDACTED]	L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 relative à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	Une pharmacie de ville reconditionne les médicaments.	L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)

RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E 1	Le temps de présence du médecin coordonnateur (0,5 ETP) ne respecte pas le Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 (0,60 ETP pour un établissement entre 100 et 199 places). La mission alerte par ailleurs la direction sur le fait que le Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 fixe le temps de présence minimal du médecin coordonnateur dans un établissement de 100 à 199 places à 0,80 ETP à compter du 1er janvier 2023 au lieu de 0,60 ETP précédemment.
E 2	La mission a constaté que dans la salle de bain d'un résident, le système d'appel malade n'était pas opérationnel.

N°	Liste des remarques relevés par la mission
R 1	La mission qualifie de la directrice adjointe n'est pas connue de l'ensemble des salariés
R 2	D'après le document « formation bientraitance » transmis, l'ensemble du personnel soignant n'a pas suivi la formation sur la bientraitance et pour certains personnels cette formation remonte à plus de 5 ans.
R 3	Le tableau des chutes n'est pas complété par la date de la chute et les actions d'amélioration à mettre en place.
R 4	Une réponse écrite aux réclamations des familles n'est pas toujours apportée.
R 5	La politique de déclaration des EI et EIG semble connue mais nécessite un retour aux déclarants plus régulier et formalisé et faire l'objet d'un RETEX.
R 6	L'étude des fiches de tâches des soignants des UVP montre qu'il est prévu 2 AS et 1 auxiliaires de vie par jour dans chaque UVP, ce qui n'est pas le cas d'après les plannings [REDACTED]
R 7	[REDACTED]
R 8	Il est à noter que les soignants ne disposent que d'un seul ordinateur pour réaliser leur transmission, un autre étant en panne.

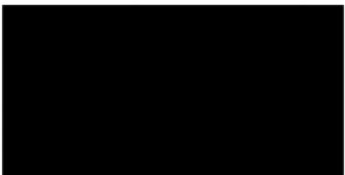
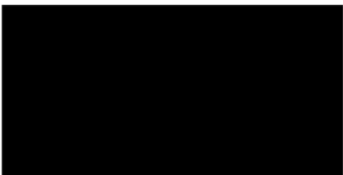
Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD la Maison du Parc, géré par l'association ADEF Résidences a été réalisé le 30 novembre 2022 à partir des réponses apportées 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 ayant fait l'objet du contrôle.

Elle a également relevé un certain nombre d'écarts et de remarques qui devront faire l'objet d'un plan d'actions afin d'y remédier.

Saint Denis, le 16 octobre 2023

Eric BONGRAND Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France	Fanny REYNAUD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Dominique GRUJARD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris
		

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
CPias : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
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
IMH : Infirmière mobile d'hygiène
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

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Direction de l'Autonomie
Agence régionale de santé Île-de-France

Sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par : Eric Bongrand

Monsieur Eric BONGRAND, inspecteur de
l'action sanitaire et sociale, Direction de
l'Autonomie, ARS Île-de-France

Docteur Martine LE NOC SOUDANI, conseiller
médical, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-
France

Madame Sabrina MESLEM, inspectrice de
l'action sanitaire et sociale, Direction de
l'Autonomie, ARS Île-de-France

Madame Dominique GRUJARD, chargée du
contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de
Paris

Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle
des ESMS parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de
Paris

Saint-Denis, le 22 novembre 2022

Monsieur, Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de
l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble
du territoire national. Sa 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.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD La Maison du Parc (FINESS
géographique 750041089) située au 81 bis, rue de l'Amiral Mouchez - 75013 PARIS, géré par le groupe ADEF
Résidences, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

13 rue du Lendy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 90 00
iledefrance.ars.ssaie.fr

Cette inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières.

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence régionale de santé Île-de-France :

- Monsieur Eric BONGRAND, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection, Direction de l'Autonomie ;
- Madame Sabrina MESLEM, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'Autonomie ;
- Docteur Martine LE NOC SOUDANI, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie ;

Pour sa composante Ville de Paris :

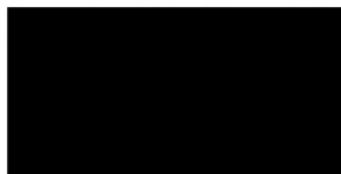
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du 30 novembre 2022 à 8h30. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

La Directrice générale
De l'Agence régionale de santé
D'Île-de-France et, par délégation la Directrice de
l'Autonomie,



Gaëlle TURAN-PELLETIER
Sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités

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

30/11/2022
EHPAD « La maison du Parc »

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	1 copie + sur clé USB		
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format <u>EXCEL</u> et non pdf)	1 copie + sur clé USB		
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clé USB		
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clé USB		
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clé USB		
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clé USB		
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clé USB		
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation		

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- Gouvernance				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB		
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Clé USB		
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB		
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB		
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB		
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB		
7	Planning des astreintes depuis le 1er janvier 2022	Clé USB		
8	Statut gestionnaire	Clé USB		
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2020/2021/2022	Clé USB		
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022	Clé USB		
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022	Clé USB		
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB		
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		
14	Outils loi 2002 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB		
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB		
16	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB		
17	CR des réunions avec les familles 2021/2022	Clé USB		
18	Projet d'établissement	Clé USB		
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB		
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB		
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB		
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins :	Clé USB		

	- procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)			
II	Fonction support			
23	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2021 et janvier à octobre 2022</u>	Clé USB		
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)	Clé USB		
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB		
26	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB		
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB		
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB		
29	Dossiers RH des salariés	Consultation		
30	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD 2021			
31	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation		
32	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB		
33	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation		
34	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022)	Clé USB		
35	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB		
36	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB		
37	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB		
38	Factures 2020 et 2021 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB		
III- Prise en charge				
39	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	Clé USB		
40	Procédure d'admission	Clé USB		
41	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation		
42	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB		
43	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB		

44	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Clé USB		
45	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB		
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB		
47	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB		
48	La synthèse nutritionnelle sur 5 semaines en remplissant le tableau joint appelé Nutrition Synthèse Modèle. Les menus des mois d'août, septembre et octobre 2022	Clé USB		
49	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)	Clé USB		
50	Les fiches de tâches hebdomadaires et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB		
51	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB		
52	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB		
53	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB		
54	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB		
55	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB		
56	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB		
57	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation		
58	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB		
59	Nombre de chutes répertoriées, année 2021 et de janvier à octobre 2022	Clé USB		
60	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB		
61	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB		
62	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB		
IV- Relations avec l'extérieur				
63	Dernier Plan bleu	Clé USB		
64	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB		
65	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB		



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