

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Résidence Fontaine » géré par
« Association Résidence d'Asnières »
Sis 54 rue Hector G. Fontaine, à Asnières-sur-Seine 92600
N° FINESS : 920815610**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 00087

Inspection sur place le 22 août 2024

Mission conduite par

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection.

Accompagnée par :

- [REDACTED], chargée de contrôle désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.
- [REDACTED], cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction de l'autonomie, Conseil départemental des Hauts-de-Seine
- [REDACTED], médecin gériatre référent - Pôle Solidarités, Direction de l'autonomie, Conseil départemental des Hauts-de-Seine

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances.....	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.....	15
Gestion de la qualité	18
Fonctions support	21
Gestion des ressources humaines.....	21
Gestion d'informations	26
Bâtiments, espaces extérieurs et équipements.....	29
Sécurités.....	31
Prises en charge.....	33
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	33
Respect des droits des personnes.....	36
Vie quotidienne. Hébergement	38
Soins : l'organisation de la continuité des soins	43
Soins : Les moyens pour la prise en soin.....	44
Soins : les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	47
Soins : le circuit du médicament	47
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	52
Conclusion	55
Glossaire	56
Annexes	57
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	57
Annexe 2 : Liste des documents demandés	58
.....	58
Annexe 3 : Photographies du matériel endommagé ainsi que des placards non sécurisés et contenant des objets à risque au 3° étage (UVP).....	62

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé par l'ARS en mode annoncé. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur des entretiens réalisés par visioconférence et conférence téléphonique.

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 d'autorisation
2. Management & stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
5. Gestion de la qualité

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)
7. Gestion d'information
8. Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE

10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
11. Respect du droit des personnes
12. Vie quotidienne – Hébergement
13. Soins

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «Résidence Fontaine», situé au 54 rue Hector G. Fontaine à Asnières-sur-Seine (92600) dont le numéro FINESS établissement est 920815610, 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.

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 d'autorisation
2. Management & stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
5. Gestion de la qualité

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)
7. Gestion d'informations
8. Sécurités

PRISE EN CHARGE

9. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
10. Vie quotidienne – Hébergement
11. Soins :
 - L'organisation de la continuité des soins
 - Les moyens pour la prise en soins
 - Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - Le circuit du médicament

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée sur place le 22 août 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Elle a été réalisée conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

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

La mission a pu consulter des documents sur site et à distance via une liste des documents remise le jour de l'inspection (le relevé des documents transmis figure en annexe II).

La mission a pu rencontrer des professionnels de l'établissement et procéder à des entretiens sur site ou à distance.

La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement



Situé au 54 rue Hector G. Fontaine à Asnières-sur-Seine, l'EHPAD Résidence Fontaine est géré par l'association Résidence d'Asnières située au 54 rue Fontaine à Asnières-sur-Seine.

Ouvert en janvier 2001, l'EHPAD est autorisé pour 86 places dont 72 places en hébergement permanent et 14 places au sein d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) destinées à accompagner en journée des personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour 20 places.

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il est doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

Selon l'ERRD 2023, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont quasiment égales aux chiffres médians régionaux de référence.

La dernière coupe pathos validée date du 20 août 2008, le pathos moyen pondéré était alors de [REDACTED] et le GMP de [REDACTED] pour les [REDACTED] résidents accueillis à cette période.

Le budget de fonctionnement notifié en première phase de campagne budgétaire 2024 s'établit comme suit en 2024 :

- [REDACTED] € au titre de l'hébergement,
- [REDACTED] € au titre de la dépendance (si toutes les places sont occupées par des alto-séquanais)
- [REDACTED] € au titre du soin.

Le tarif hébergement aide sociale pour l'année 2024 est de [REDACTED] € par usager versé sur facturation aide sociale après notification (20 places).

Forfait globale dépendance : [REDACTED] €

La dotation dépendance pour les résidents du 92 versé mensuellement est de : [REDACTED] €

Les tarifs dépendance : GIR 1/2 [REDACTED] € GIR3/4 [REDACTED] € GIR5/6 [REDACTED] €

Cet établissement n'a pas encore signé de contrat pluriannuel d'objectif et de moyen.

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.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Raison sociale	RESIDENCE FONTAINE	
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Résidence d'Asnières	
Numéro FINESS géographique	920815610	
Numéro FINESS juridique	92 000 298 7	
Statut juridique	Association loi 1901 non reconnue d'utilité publique	
Option tarifaire	Tarif partiel sans PUI	
GMP en vigueur (validé le 20/08/2008)	820	
PMP en vigueur (validé le 20/08/2008)	213	
Capacité autorisée de l'établissement	Type	Nombre
	HP ²	86
	HT ³	
	PASA ⁴	14
	AJ ⁵	
	UHR ⁶	
	UPHV ⁷	
	PFR ⁸	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	20	

² Hébergement permanent.

³ Hébergement temporaire.

⁴ Pôle d'activité et de soins adaptés.

⁵ Accueil de jour.

⁶ Unité d'hébergement renforcée.

⁷ Unité pour les personnes handicapées vieillissantes.

⁸ Plateformes d'accompagnement et de répit.

Constats

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

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

Remarque : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé.

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation ?	L'EHPAD Résidence Fontaine est un établissement privé. Le statut juridique de l'établissement est une UES (unité économique et sociale). Le gestionnaire de l'EHPAD est une société coopérative à responsabilité limitée « UES Résidence d'Asnières » (un seul EHPAD) ayant un contrat de prestation depuis décembre 2021 avec l'association UNIVI, responsable du Pilotage et de Gestion des Etablissements Médico-Sociaux des 3 entités gestionnaires (alphagestion, omegagestion et UES fontaine) L'arrêté départemental du 23 Avril 1996 autorise l'établissement à recevoir 20 bénéficiaires de l'Aide sociale départementale. L'arrêté d'octobre 2002 transforme la Résidence la Fontaine en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendante. Le courrier conjoint du 23 décembre 2017 de l'ARS et du CD92 renouvelle tacitement l'autorisation de l'EHPAD pour 15 ans. L'arrêté 2018 -168 porte sur la création d'un Pôle Activités et de Soins Adaptés PASA de 14 places, pour une capacité totale inchangée de 86 places.		L.313-1 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) L.313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) D313-15 CASF (% par GIR) " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA établissement 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA ?	L'établissement n'a pas actualisé le projet d'établissement pour insérer un projet spécifique lié au fonctionnement du PASA créé en 2018. Il n'y a pas eu de communication d'un projet de service à la mission d'inspection.	Ecart n°1 : le PASA ne dispose pas d'un projet de service, intégré au projet d'établissement global, contrairement	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)

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et R3PP																		
1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?	Au jour de l'inspection, la liste des résidents présents indique qu'il y a places occupées sur l'EHPAD soit un taux d'occupation à %. <table border="1"> <tr> <td>Dépendance</td><td>GIR 1</td><td>GIR 2</td><td>GIR 3</td><td>GIR 4</td><td>GIR 5 et 6</td></tr> <tr> <td>EHPAD</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>Fontaine</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> % des résidents sont classées dans les GIR 1 à 3 et % dans les GIR 1 à 2.	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	EHPAD						Fontaine						aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.	D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du MEDCO à l'admission), 4° (évaluation par le MEDCO de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique) R.314-170 à R.314-171-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif à l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées.
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6																		
EHPAD																							
Fontaine																							

Management et Stratégie

N°/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et REPP
1.2	Management et Stratégie	<u>Le règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résident ? Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF ?	Il existe un règlement de fonctionnement à disposition au sein de l'EHPAD, uniquement dans le bâtiment historique au niveau de l'accueil. Celui-ci est affiché à l'entrée de l'établissement, avec les autres documents obligatoires à afficher. Dans ce règlement, il est bien indiqué qu'un exemplaire est remis au résident et à la famille, ainsi qu'à toute personne exerçant à titre libéral, salarié ou bénévolement. Le règlement de fonctionnement est obsolète, le dernier en vigueur datant de mars 2019. Il aurait dû être renouvelé et soumis de nouveau à toutes les instances dès l'année 2024. En effet, le règlement de fonctionnement est formalisé pour une durée qui ne peut excéder ■ ans selon l'article R 311-33 du CASF. L'établissement doit donc renouveler son règlement de fonctionnement. Le contenu du règlement de fonctionnement est conforme aux articles R311-34 et suivants. En revanche, il n'est pas fait mention des consultations obligatoires auprès du CVS et des instances représentatives du personnel.	Ecart n°2 : Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans, contrairement à ce que prévoit l'article R311-33 du CASF Ecart n°3 : le règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet de consultations auprès du CVS, ni de l'instance représentative du personnel, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-7 du CASF et R311-33 de ce même code.	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement) R311-35, R311-36, R311-37 du CASF (contenu RF)
1.2	Management et Stratégie	Le projet d'établissement	Le projet d'établissement en vigueur au sein de l'EHPAD date de 2017, il doit donc faire l'objet d'un renouvellement sans plus attendre. Le contenu du projet d'établissement est en partie conforme aux dispositions légales et réglementaires attendues. Ainsi, le projet d'établissement actuel ne précise pas : - La composition de l'équipe et le management de l'EHPAD - la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance - Les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs	Ecart n°4 : le projet d'établissement a été établi pour la période 2013 - 2017, dépassant les 5 ans maximum d'effectivité, en application de l'article L311-8 du CASF. Ecart n°5 : le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme à l'article D311-38-3 du CASF puisqu'il ne précise pas les modalités managériales pratiques, la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance.	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, 1, 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) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS
1.2	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?	Le plan bleu de l'EHPAD a été mis à jour le 12 juin 2024, il prévoit les modalités d'organisation de la cellule de crise et	Ecart n°6 : le plan bleu ne contient pas le plan de formation	L311-3 du CASF (sécurité des prises en charge)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		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	ses missions, les procédures de gestion des événements avec les partenariats conclus avec les établissements de santé, les modalités de continuité de l'activité et leurs levées, ainsi que le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement. Ce plan bleu ne contient pas, par ailleurs, le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel mentionné au 2° de l'article R. 3131-4 du code de la santé publique.	du personnel aux SSE, et n'a pas été soumis aux instances représentatives du personnel ou au CVS, contrairement à ce que prévoit l'article R 311-38-1 du CASF.	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, modifié 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	Management et Stratégie	Y 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 ?	L'organigramme réceptionné par la mission d'inspection a été mis à jour le 22 août 2024, date de l'inspection inopinée. Cet organigramme permet de visualiser les liens hiérarchiques. Plusieurs postes sont identifiés et maintenus dans ce document alors même qu'ils ne sont pas occupés, et peut être sans nécessité d'être maintenus, comme par exemple, tous les postes liés à la restauration. En effet, la restauration est assurée par un prestataire qui n'est par ailleurs pas mentionné.	Remarque n°1 : l'organigramme fait apparaître des postes qui ne sont pas occupés, et certainement sans nécessité d'être maintenus, comme par exemple, tous les postes liés à la restauration.	L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circulaire 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 responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2	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 syndcats...	La mission a réalisé plusieurs entretiens avec des professionnels diversifiés (soins, hébergement, dépendance). Il n'en est pas ressorti de potentiels signes de conflit. Cependant, en aval de l'inspection, plusieurs professionnels ont fait part de situations conflictuelles sur le pôle hébergement avec la cheffe de service. Des alertes ont été faites par ces mêmes professionnels aux syndicats, CSE, et à la DRIEETS. La direction n'a pas mentionné ces événements à la mission d'inspection, alors même que les professionnels expriment clairement des risques psycho-sociaux et une répartition de la charge de travail inégale entre tous les ASH.		L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident) HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020
1.2	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 ?	La directrice, [REDACTED] La mission d'inspection indique qu'elle n'était pas présente sur site le jour de l'inspection puisqu'il s'agissait de la période de ses congés annuels.		

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			La directrice a compétence sur les champs suivants : - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière, comptable et administrative - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs La fiche de poste reprend également ces mêmes domaines de compétence.		
1.2	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire d'une formation relative à ses fonctions ? La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	L'EHPAD dispose d'une IDEC, [REDACTED], à [REDACTED]. L'IDEC ne dispose pas de formation spécifique pour l'encadrement et était précédemment IDE Référente dans un autre EHPAD.		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	Management et Stratégie	Existe-t-il un médecin coordonnateur (MEDCO) ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ?	L'établissement dispose d'un MedCo uniquement en télé coordination pour 0,2 ETP et ne se déplaçant pas sauf très exceptionnellement pour rencontrer ses nouveaux collègues (IDEC, Pharmacie). L'EHPAD étant autorisé pour 86 lits, la réglementation impose un temps de présence du MedCo pour sa fonction de coordination qui ne saurait être inférieur à 0,6 ETP.	Ecart n°7 : L'établissement dispose d'un MedCo en télé coordination pour 0,2 ETP, ce qui contrevient à l'art. D. 312-156 CASF	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)
1.2	Management et Stratégie	Qualification, diplôme, fiche de poste, contrat	Dans la mesure où le contrat est passé avec une société qui propose cette télé coordination, l'établissement ne dispose pas du diplôme dudit MedCo, la société se portant garante des qualifications de son salarié. Le MedCo est embauché en prestation externe, le contrat étant passé avec un organisme et non avec le médecin en direct.	Ecart n°8 : La direction de l'EHPAD n'a pas fourni les diplômes du MedCo, ce qui contrevient à l'art. D. 312-157 CASF.	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	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : Obligatoires : ☐ Arrêté d'autorisation (tarifs hébergement / arrêté du CD) ☐ Tarifs et horaires des diverses prestations ☐ Tarif prestation intervenant extérieur (L112-1 code consommation) ☐ Prix unitaire des produits vendus (L112-1 code consommation)	Les affichages sont réalisés de deux manières : - Deux panneaux d'affichage où se trouvent les numéros d'urgence, l'affiche 3977, les derniers comptes rendus CVS, les coordonnées du médiateur à la consommation - Un classeur à disposition Le seul élément que la mission n'a pas retrouvé est la dernière enquête de satisfaction.	Remarque n°2 : l'établissement n'a pas affiché ou mis à disposition dans le hall d'entrée les résultats de la dernière enquête de satisfaction	L311-4 CASF (contrat de séjour - livret d'accueil avec charte droits et libertés, règlement de fonctionnement) R311-34 CASF (règlement de fonctionnement affiché et remis à tout résident, professionnels ou bénévoles) R311-32-1 CASF (relevé de décisions du CVS peut être consulté sur place par résidents, famille, ...)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		☐ Arrêté de dotation globale ☐ Les 3 tarifs dépendance (GIR) ☐ Dernière enquête de satisfaction ☐ Règlement intérieur ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ Charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ Numéro de téléphone 3977 (ALMA) Informations obligatoires par tout moyen : (Art 8 et 12 loi 2002-2) ☐ liste des personnes qualifiées du Département (dans livret d'accueil et/ou en affichage) ☐ Livret d'accueil ☐ PE/PS Recommandé : ☐ Organigramme nominatif avec liens hiérarchiques et fonctionnels ☐ PV des commissions de restauration ☐ Résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ Programme des animations de la semaine ☐ Menus affichés à jour ☐ Règlement de fonctionnement (dans livret d'accueil)			R314-162 CASF (équation tarifaire relative aux soins) L112-1 Code de la consommation (Prix unitaire des produits vendus et prestations extérieures)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.3	Animation et fonctionnement des instances	Le Conseil de la vie sociale : 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 et le PE ont-ils été approuvés par le CVS ? Qui établit les ordres du jour ? et modalités de communication ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ?	Un CVS est en place : les dernières élections datent de juillet 2023. La composition du CVS et les sujets présentés à l'ordre du jour sont conformes au décret du 25 avril 2022 – article D311-5 du CASF avec la présence de représentants des résidents, des familles, du personnel, du siège UNIVI et de bénévoles. Un règlement de fonctionnement a été validé par les membres du CVS en 2022. A la date de l'inspection pour l'année 2024, un CVS a été organisé en mai, deux CVS sont planifiés en [REDACTED].		D311-4 à D311-20 CASF

N°/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Le président du CVS et la directrice participant à l'inter CVS organisé par le [REDACTED]. Le CR du CVS est rédigé par la directrice et validé et signé par le président du CVS. Il est diffusé aux résidents et est affiché dans l'établissement.		
1.3	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Sur le CVS de décembre 2023 une présentation de l'ensemble des EI et EIG a été faite au CVS ainsi que les actions mises en œuvre par l'établissement. Il n'y a pas eu de présentation des EI et EIG en 2022, après analyse des comptes rendus des CVS transmis. Sur le CVS de mai 2024 une présentation de la démarche qualité est actée auprès du CVS.	Ecart n°9 : la direction de l'établissement n'a pas avisé systématiquement le CVS dysfonctionnements et des événements indésirables et événements indésirables graves, comme le précise l'article R331-10 du CASF.	R331-10 CASF

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction 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 ?	Les réclamations et plaintes des résidents sont recueillies soit de manière écrite, par le biais de formulaires et/ou de lettres de doléances, courriers électroniques, comptes rendus des échanges avec l'usager, ou soit de manière orale qui sont à saisir directement dans le logiciel [REDACTED]. Une procédure intitulée « gestion des plaintes et réclamations » datant du 17 juillet 2023 indique que si certaines réclamations saisies dans le logiciel [REDACTED] ne sont pas traitées, elles doivent alors être de nouveau saisies par le professionnel qui a recueilli la réclamation dans le logiciel [REDACTED]. Il existe donc deux supports différents des réclamations et plaintes, ce qui peut apporter une confusion auprès des professionnels et complexifier le traitement et le suivi de ces réclamations/plaintes. Les réclamations font ensuite l'objet d'une analyse pluridisciplinaire, afin de comprendre les raisons de leur survenue, éviter une aggravation et éviter qu'elles se reproduisent. Il est indiqué que ces réclamations et plaintes doivent faire l'objet d'une réponse par l'équipe dans un délai de	Remarque n°3 : la saisie et la remontée des réclamations et plaintes ne sont pas réalisées sur le même support (logiciel), pouvant entraîner une perte d'informations et une absence de traitement des réclamations/plaintes par l'équipe. Remarque n°4 : la procédure de gestion des réclamations et EI ne font pas l'objet de retours d'expérience et de suivi réguliers, a contrario de ce que la procédure indique.	L311-5 CASF (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation) D311-21 CASF (autres formes de participation) L311-3 (1° et 3°) CASF (Respect dignité, sécurité et PEC de qualité du résident)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			15 jours, il n'est pas pourtant pas précisé qui est le responsable de la formalisation de la réponse. Pour le traitement et le suivi, la procédure indique que la direction de l'établissement produira une synthèse quantitative du registre des plaintes et réclamation () et de leurs traitements lors des COPIL. Qualité périodiques (), qui sera diffusée avec les comptes-rendus. Il n'a pas été envoyé les comptes rendus de ces COPIL à la mission d'inspection, il ne peut donc être attesté que l'ensemble des réclamations et plaintes fasse bien l'objet d'un suivi et d'un retour d'expérience.		
1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de déclaration des événements indésirables (EI) 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 ?	Une procédure de déclaration existe, et a été transmise à la mission d'inspection. Cependant, cette procédure n'est pas affichée dans l'établissement, tout du moins, pas de manière visible. Lors des entretiens, les professionnels connaissent la procédure, mais n'avaient pas une connaissance exhaustive des événements à faire remonter aux autorités compétentes. Le réflexe pour les professionnels est de compléter une fiche d'incident dans leur logiciel . Cette fiche sera ensuite analysée par l'IDEC, et la directrice. Par ailleurs, une affiche détaillant de manière succincte les événements indésirables graves à déclarer dans les meilleurs délais à la directrice. Une affiche de ce type pour les événements indésirables n'a pas été formalisée. Une telle procédure pourrait aider les professionnels à faire facilement la distinction entre ces deux types d'événements. Deux procédures explicitant le processus de déclaration des événements indésirables existent : - Une qui s'intitule « gestion des événements à déclaration obligatoire » - Une qui s'intitule « gestion des événements indésirables simples ». Ces deux procédures ne tendent pas à identifier rapidement et simplement les EI et les EIG.	Remarque n° 5 : l'identification par les professionnels des différents EI et EIG à déclaration obligatoire auprès des autorités compétentes est à renforcer. Ecart n° 10 : les procédures liées à la déclaration des EI ne permettent pas d'identifier la nature des faits à déclarer systématiquement.	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°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
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) ?	Tous les EI et EIG sont remontés dans le logiciel [REDACTED] qui permet le suivi de ces événements. La direction de l'établissement produit une synthèse quantitative des EI et de leurs traitements lors des COPIL Qualité périodiques (Comité de Pilotage Qualité), qui sera diffusée avec les comptes-rendus. L'analyse de l'EI est validée par la Direction. Le suivi des actions est réalisé par chaque responsable dans son service, et le suivi est évoqué oralement en réunion d'équipe / CODIR. Il n'est pas fait mention de RETEX, de temps de supervision réalisées à la suite de plusieurs EI répétés ou d'un EIG. De plus, selon ces deux procédures précitées, seuls les événements dits simples et qualifiés de critique ou catastrophique font l'objet d'un RETEX.	Ecart n° 11 : les EIG ne font pas l'objet de retour d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes et contrevenant donc aux dispositions de l'Article R1413-63 III-2° du Code de la Santé publique.	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'encadrement / maltraitance", 2008
1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? (ARS, CD et procureur de la République) Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Aucune procédure transmise ne fait mention de la nature des faits à porter obligatoirement à la connaissance du Procureur de la République.	Ecart n° 12 : les deux procédures d'identification et de déclaration des EI et EIG ne font pas mention des événements à déclarer obligatoirement au Procureur de la République, ce qui ne permet pas aux professionnels d'en avoir connaissance et de réaliser en bonne et due forme ces déclarations, au sens de l'article 40 du code de procédure pénale.	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)
1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Il n'y a pas de procédure de gestion des événements indésirables spécifique à la prise en charge médicamenteuse.	Remarque n° 6 : l'établissement ne dispose pas de procédure liée à la gestion des EI spécifique à la prise en charge médicamenteuse.	Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) R1413-67 CSP (définition EIG) Guide ARS-APA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023-page 36 (importance de déclaration de tout EI lié à la PECM)
1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La déclaration et l'analyse des chutes. Les chutes sont-elles toutes déclarées ? Quel est le nombre de chutes depuis 1 an ? Le niveau mensuel de déclaration des chutes est-il stable, en déclin ou en augmentation ?	Les chutes sont bien déclarées, mais à défaut de réunions de synthèse, l'analyse apportée est minimaliste et retracée dans les dossiers de soins des résidents. 	Ecart n°13 : En n'analysant pas les chutes des résidents et ne prévoyant un plan de prévention des chutes avec les actions correctrices, l'établissement contrevient à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des résidents au regard de l'article L.311-3 CASF.	Art. L. 311-3 CASF « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion [...] »

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		Comment se fait la déclaration des chutes (outils, ...) ? Les professionnels sont-ils sensibilisés à la déclaration des chutes (formation, réunion, ...) ? Les chutes sont-elles analysées en équipes pluridisciplinaires ?	En n'analysant pas les chutes des résidents et en prévoyant un plan chutes avec actions correctrices, l'établissement contrevient à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des résidents au regard de l'article L.311-3 CASF.		

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.4	Gestion de la qualité	<u>Les professionnels référents et le responsable qualité</u> Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quels domaines ? 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 ?	Une feuille de route qualité a été formalisée la direction qualité du siège en lien avec la direction de la structure. A ce titre, plusieurs référents qualité ont été désignés au sein de chaque établissement concerné. Il existe aussi des référents qualité au niveau du siège et qui interviennent sur un certain nombre de départements. 8 objectifs au total figurent sur cette feuille de route qui a pour vocation d'englober l'ensemble des ESMS gérés par [REDACTED] y compris les EAM. [REDACTED] Pour l'année 2022, un rapport de la démarche qualité a été édité. Lors de l'entretien avec la directrice de l'EHPAD, il a été évoqué la formalisation d'une feuille de route précise sur l'amélioration de la qualité continue. Après la réalisation des entretiens avec les professionnels, il est constaté qu'aucun professionnel n'a connaissance de cette feuille de route. La directrice indique	Remarque n° 7 : des points d'étape réguliers sur la conduite du changement et la réalisation soutenue de la démarche qualité ne sont pas réalisés, ne permettant pas une émulation collective au sein de l'établissement.	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008

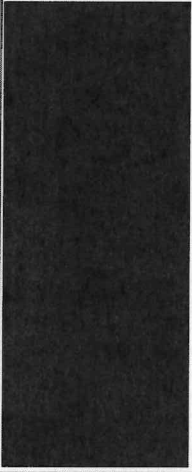
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	References juridiques et RBP
1.4	Gestion de la qualité	La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil, le PE/PS ? - 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	également à la mission d'inspection qu'il n'y a pas eu de COPIL et de points avec l'équipe sur les objectifs à atteindre et les actions à mener. Les agents présents lors de cette session sont au nombre de 12, cependant, le plan de formation n'indique pas les établissements de rattachement de ces professionnels participants. La mission d'inspection ne peut donc constater une formation soutenue et fréquente en 2024 pour l'ensemble des professionnels de l'EHPAD la fontaine. L'établissement ne s'est pas doté d'un plan d'action ou d'une conduite à tenir spécifique à la lutte contre la maltraitance.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-8 CASF (ESMS : politique bientraitance, projet établissement, formation...) 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 relative à la lutte c/la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » HAS-2008 « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... » HAS 2008 Guide méthodologique « Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte », HAS, 2012
1.4	Gestion de la qualité	Les situations de violence ou harcèlement Comment sont abordées les situations de violence ou harcèlement sexuel entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?	Il n'y a pas de paragraphes spécifiques à ce type de situations dans la procédure de déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves à déclaration obligatoire. La mission n'a pas connaissance, comme précité, de protocole sur ce sujet précis.		L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements graves) Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit-ESSMS public) Art. 434-3 du code pénal (seulement en recommandation si besoin de rappel à la direction ESSMS privé) (sanction si non signalement de faits de maltraitance sur mineur ou personne incapable de se protéger en raison de son âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse) Art. 226-14 du code pénal (seulement en recommandation si besoin de rappel à la direction et médecins) (dérogation au secret médical si privations ou sévices)
1.4	Gestion de la qualité	La vidéosurveillance dans les chambres des résidents Un système de vidéosurveillance a-t-il été installé dans une ou plusieurs chambres de résidents ? Si oui, combien, quelles chambres, sur quelles périodes de temps et pour quel motif ? Si oui, y a-t-il une procédure d'installation de vidéosurveillance dans la chambre en cas de suspicion de maltraitance ?	L'établissement ne dispose pas de dispositifs de vidéo surveillance dans les chambres des résidents : les situations de maltraitance ont été gérées sans qu'il y ait d'installations de ce type proposés aux résidents concernés. Lors de l'entretien avec la directrice, cette question a été évoquée. Il ne semble		CNIL, vidéosurveillance en chambre en EHPAD-05/2024

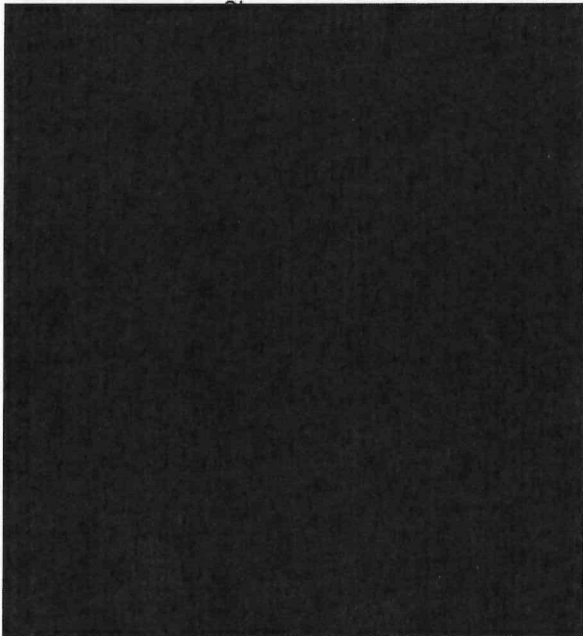
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RAPP
		Le consentement du résident est-il conservé dans le dossier administratif du résident ?	pas y avoir de réflexion autour de la mise en place de la vidéosurveillance.		

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP																						
2.1	Gestion des ressources humaines	Conformité de l'équipe pluridisciplinaire recensée par la réglementation	La mission constate à la date de l'inspection que l'établissement affecte pour la prise en charge des soins et de l'accompagnement des résidents, l'effectif soignant permanent suivant en équivalents temps plein (ETP) :		D312-155-0 du CASF L311-3 1°, 3° CASF L311-8 CASF D451-88 du CASF L4391-1 du CSP																						
			<table><tr><th colspan="2">Synthèse Organigramme postes budgétés</th></tr><tr><td>Direction Administration</td><td></td></tr><tr><td>Animation Vie Sociale</td><td></td></tr><tr><td>Services généraux</td><td></td></tr><tr><td>ASH</td><td></td></tr><tr><td>AS-AMP</td><td></td></tr><tr><td>IDE</td><td></td></tr><tr><td>Psy</td><td></td></tr><tr><td>Auxiliaires médicaux</td><td></td></tr><tr><td>Médecin</td><td></td></tr><tr><td>Total ETP</td><td></td></tr></table>	Synthèse Organigramme postes budgétés		Direction Administration		Animation Vie Sociale		Services généraux		ASH		AS-AMP		IDE		Psy		Auxiliaires médicaux		Médecin		Total ETP			
Synthèse Organigramme postes budgétés																											
Direction Administration																											
Animation Vie Sociale																											
Services généraux																											
ASH																											
AS-AMP																											
IDE																											
Psy																											
Auxiliaires médicaux																											
Médecin																											
Total ETP																											
			Conformément aux EPRD et ERD déposés et analysés par les Autorités de Tarification et de Contrôle (ATC), l'EHPAD FONTAINE répond au cible : Cible non opposable psychologue >= 1 ETP (à partir 80 lits) EHPAD FONTAINE psychologue >= 1 ETP																								

N°(GAS)	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					
2.1	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?	En 2022, l'établissement déclarait dans le tableau de bord de la performance médico-social un taux de rotation de █%. Ce taux se révèle faible en comparaison avec la médiane francilienne qui est de █% pour la même année. Le taux d'absentéisme est égal à █, il n'a donc pas été renseigné.		L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (taux de remplissage minimum du tableau ANAP = 90 %)
2.1	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 ?	Sur les █ ETP budgétées : █ postes sont à pourvoir █ Agents sont en maladie ou accident de travail █ agent en formation █ agent en congés maternité █ agents en CDI Titulaire █ agent en CDD █ Agents vacataires		D312-155-0, II du CASF L311-3 1° et 3° du CASF D.451-88 du CASF L4391-1 du CSP
2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD	Un plan de formation pour l'année 2024 a été communiqué à la mission, ainsi que le plan de formation prévisionnel pour l'année 2025. Comme précité, ces plans de formation ne permettent pas d'identifier les types de formations prévus et réalisés par structure. Ils englobent toutes les structures UNIV, seuls les territoires géographiques sont identifiés (grand-est, Ile-de-France, Nord...).	Ecart n° 14 : l'établissement n'apporte pas la preuve d'avoir mis en place un plan de formation et gestion des compétences afin d'assurer une prise en charge de qualité et prévenir les risques de maltraitance, contrevenant aux dispositions des L313-12-3 CASF et L. 119-1 CASF.	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"

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP dans la prévention de la maltraitance*
		Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes Quels sont les thèmes des formations (bienveillance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions 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 intégrés dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ? 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 ?	Les thématiques des formations sont variées, pour l'Ile-de-France, en 2024, donc pour toutes les structures UNIVI située dans cette région,  Le plan de formation n'inclue pas des formations qualifiantes pour les professionnels.		Articles L313-12-3 CASF et L. 119-1 CASF
2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?	Les nouveaux professionnels disposent d'un livret d'accueil spécifique détaillant les premières informations à connaître (emplacement des vestiaires, badges, organisation des pauses...) ainsi que les éléments indispensables à savoir sur la prise en charge des résidents (emplacement des chariots de soins, présence des médaillons, accès sur Net soins, matériels à disposition). Deux procédures détaillent également les étapes à suivre pour la bonne intégration des professionnels : une est dédiée à l'intégration des professionnels en CDI et CDD long, et la deuxième, aux vacataires. Un binôme avec un professionnel titulaire est systématiquement prévu pour les premières semaines de pratique des nouveaux professionnels		HAS « La bienveillance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)

N°/CAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EUR	Références juridiques et RBPP
2.1	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 ?	La liste du personnel présent le jour de l'inspection n'a été remise à l'équipe qu'à 19H ce qui a rendu difficile le contrôle en temps réel. L'ensemble des plannings nous a été envoyé à la suite du contrôle. Le personnel de jour est présent sur la plage horaire 7H15 à 20H30 Le personnel de nuit est présent sur la plage horaire de 20H15 à 7H15 Il n'a pas été possible de contrôler les effectifs présents le jour du contrôle par rapport aux plannings établis.		L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées ?	L'établissement a fourni à la mission : - Le descriptif emploi de la direction d'établissement - Le descriptif de poste de l'infirmier coordonnateur - Du directeur des soins pas datée et pas signée - Du MEDCO pas datée et pas signée Les fiches de tâches et descriptifs d'emploi sont génériques, ne sont pas personnelles, pas datées ni signées. Il n'y a pas de fiches de poste en bonne et due forme.	Remarque n°8 : il n'est pas mis en place de fiches de postes nominatives datées et signées pour l'ensemble des professionnels de l'établissement.	
2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?	Les soignants ne sont pas identifiés. Aucun badge permettant de connaître leur nom et leur fonction. Il a été constaté que les IDE retranscrivaient les ordonnances de stupéfiants dans le carnet de prescription, dispensation et administration des stupéfiants alors que ce carnet n'est pas nécessaire. De même, sur les transmissions narratives sur [REDACTED], il a été retrouvé une transmission pour une résidente concernant le bilan sanguin réalisé et pour lequel, l'IDE a recopié in extenso les examens demandés par le médecin.	Ecart n°15 : Les professionnels de santé, faute d'identification claire, peuvent réaliser des actes pour lesquels leurs diplôme et qualifications ne les autorisent pas, et notamment la retranscription d'ordonnances médicales par les infirmiers, ce qui contrevient aux articles R.4311-1, R.4127-70 et R.4127-76 CSP.	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1	Gestion des ressources humaines	Quelles sont les qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou le week-end ?	Les personnels de Nuit et de Week end prenant en charge les résidents sont des aides-soignantes, des auxiliaires de vie sociale et des agents des services d'hébergement. Par nuit : [REDACTED] Par Week end : [REDACTED]		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1	Gestion des ressources humaines	<u>Les dossiers administratifs des professionnels</u> Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - l'original de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, - feuille de route ... signée par l'employeur et le salarié - entretien professionnel et objectifs, - plan de formation individuelle. La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 (privé), B2 si EHPAD public) est-elle tracée dans un fichier de vérification ?	La mission a consulté sur place 6 dossiers de professionnels, dont 2 étant exerçant comme vacataire au sein de l'établissement. Concernant la présence de la photocopie du diplôme, seuls 3 dossiers sur 6 en comportaient. Les contrats de travail ne figurent pas dans les dossiers des deux professionnels vacataires. Un dossier ne contenait pas de document indiquant que le bulletin n°3 a bien été sollicité et qu'il est vierge.	Ecart n° 16 : une partie des dossiers administratifs des professionnels ne contiennent pas de mention liée à la consultation de l'extract du B3 du casier judiciaire, alors que l'établissement doit s'assurer de la bonne application des dispositions de l'article L133-6 du CASF.	Art.776 (3°)code de procédure pénale (délivrance autorisée du bulletin n°2 du casier judiciaire) Décret 2019-381 du 29 avril 2019 (Professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens) CNIL-Secteur privé-déclaration de vérification des casiers (B3) dans un fichier de gestion du personnel sans garder de copie, fichier envoyé à l'ARS) L1222-2 du code du travail recueil d'info professionnelles (casier judiciaire) L1242-1 code du travail (CDD ne pouvait pas durablement un emploi permanent, au risque de sanction mentionnée dans L1248-1 code du travail) L6315-1 code du travail (entretien professionnel-Secteur privé) L521-1 à 5 code fonction publique (appréciation de la valeur professionnelle tous les ans-Secteur public) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D4311-16 CSP (diplôme IDE) L4311-15 CSP (obligation inscription Ordre des IDE) L.4391-1 CSP (diplôme AS) Arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DE-AS D451-88 et D451-89 CASF (diplôme AES) Arrêté du 29/01/2016 relatif à la formation au DE-AES D4321-14 CSP (diplôme masseur-kiné)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.3	Gestion d'information	<u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u> Le médecin coordonnateur rédige-t-il un rapport annuel d'activité médicale (RAMA)? Le 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, - Bonnes pratiques gériatriques (état nutritionnel, chutes, escarre, contention, douleurs), - Prescriptions médicamenteuses (évaluation du circuit du médicament et de l'iatrogénie), - Événements indésirables, complications liées aux soins	Les données statistiques issues du logiciel [REDACTED] ont été récupérées et ont été présentées en fichier Excel comme RAMA pour les années 2022 et 2023. Toutefois, il n'existe de ce fait aucune analyse des données de : - Morbidité, mortalité, - Bonnes pratiques gériatriques (état nutritionnel, chutes, escarre, contention, douleurs), - Prescriptions médicamenteuses (évaluation du circuit du médicament et de l'iatrogénie), - Événements indésirables, - Complications liées aux soins.	Ecart n°17 : En l'absence de RAMA avec étude des données, l'état de l'évolution de l'état de la dépendance des résidents n'est pas déterminé, ni analysé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 4° et 10° CASF.	D312-158 (4°) CASF (MédCo doit évaluer l'état de dépendance-GIR) D312-158 (10°) CASF (MédCo rédige RAMA avec équipe soignante / RAMA retrace l'évolution de l'état de dépendance et santé des résidents) D. 312-155-3 (9°) CASF (MédCo rédige RAMA) Modèle de trame RAMA-ARS pays de Loire-2020
2.3	Gestion d'information	<u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u> L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies,	Conformément à l'article L331-2 du CASF, [REDACTED] tient à jour un registre [REDACTED]. La directrice a envoyé les photocopies du registre de 2015 à 2024 avec les mentions : • Date entrée / date de sortie avec motif • Adresse antérieure • Date de naissance	Ecart n°18 : le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas signé ni paraphé de manière annuelle par le Maire de la commune, ce qui contrevient à l'article R.331-5 du CASF.	L331-2 CASF (accès permanent au registre Entrées/Sorties des résidents) R331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)

		- la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	Il n'a pas été paraphé par le Maire ou par un adjoint, il n'est pas conforme car les pages n'ont pas été paraphées.				L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité) L311-3 (4°) CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L311-04-1 (I) CASF (contrat de séjour et annexe liberté aller et venir) L311-5-1 CASF (personne de confiance) L1111-6 CSP (personne de confiance pour majeur) Charte des droits et libertés des résidents Annexe 3-9-1 CASF (mesures pour intégrité physique et sécurité résident) R311-0-7 CASF (annexe au contrat de séjour-procédure) R311-0-8 CASF (annexe contrat de séjour-sécurité résident) L313-12 (V) CASF (Médecin traitant indiqué dans contrat de séjour) « Les attentes de la personnes et le projet personnalisé » HAS-RBPP janvier 2009			
2.3	Gestion d'information	<u>Les dossiers administratifs des résidents</u> 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 - règlement de fonctionnement	La mission d'inspection a consulté 4 dossiers administratifs de résidents. Les contrats de séjour sont bien présents dans chacun des dossiers, signés en respectant le délai de 15 jours. Les annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) ne sont pas jointes. Aucune copie des projets d'accompagnement individualisé n'a été retrouvée dans aucun des dossiers des résidents. Le consentement, n'est pas retranscrit dans un document joint aux dossiers. Pour les personnes de confiance seul 1 dossier sur 4 a été rempli. Les directives anticipées ne figurent pas dans les dossiers. Aucun dossier ne contient le règlement de fonctionnement.	Ecart n°19 : Le dossier des résidents ne contient pas : les annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...), le projet d'accompagnement individualisé (PAI), la recherche du consentement, la désignation des personnes de confiance, les directives anticipées, le règlement de fonctionnement. Tous ces éléments de constats contreviennent aux articles L311-3° et L311-5-1 CASF et Annexe 3-9-1 CASF.						
2.3	Gestion d'information	<u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u> 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 :	Le dossier médical est réparti entre deux supports différents. Une partie subsiste sous format papier, regroupée dans des classeurs conservés dans des armoires du poste de soins, le reste étant informatisé à l'aide du logiciel [REDACTED]. Au sein de ce dossier informatisé, se trouvent les données administratives, les traçabilités des observations, les transmissions, ainsi que les données d'évaluations médicales. Les dossiers médicaux sont tenus par le MedCo, les médecins traitants ne se servant pas de [REDACTED] malgré la possibilité d'avoir des codes de connexion à distance. Ainsi, à distance, la MedCo est amenée à	Ecart n°20 : La multiplicité des supports du dossier médical ne permet pas d'avoir une vision globale du suivi du résident pouvant générer des conséquences sur les prescriptions médicales, ce qui contrevient à l'art. L.311-3 1° CASF.						

		- courriers, - comptes rendus, - dossiers de demande d'admission, - visites de préadmission, d'admission et de suivi au sein de la structure, - lettre de sortie et comptes rendus d'hospitalisation, - prescriptions, - observations, - Vaccinations, - DLU, - autres...	retranscrire les ordonnances réalisées par les médecins traitants dans le logiciel [REDACTED], en prenant la responsabilité au passage. Dans la mesure où les médecins traitants ne se servent pas de [REDACTED], les observations médicales à chaque passage ne sont pas tracées dans le logiciel [REDACTED].		
Gestion d'information	2.3	<u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u> Quelles sont les modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel ?	Les dossiers médicaux papiers sont stockés dans le poste de soins. Le poste de soins est accessible car la porte, bien qu'étant sécurisée par un système de badge avec accès différenciés, ne se ferme pas sauf à être claquée. Les codes d'accès (identifiant et mot de passe) aux sessions d'ordinateur sont affichés en dessous de l'écran des ordinateurs (2 ordinateurs dans le poste de soins). Si les accès à [REDACTED] ne sont pas affichés, ceux génériques de [REDACTED] sont affichés sur le panneau d'affichage dans le poste de soins. Le jour de l'inspection, des salariés administratifs (dont notamment la responsable hébergement) étaient présents et travaillaient sur un des ordinateurs du poste de soins, car « leur imprimante ne fonctionnait pas ». Des ordonnances de médicaments et/ou de pansements sont conservées sur les chariots circulant dans les couloirs et donc visibles de tous. L'IDEC envoie quotidiennement des mails à la MedCo avec des données médicales de résidents, sur une messagerie non sécurisée et faisant parvenir notamment des photos de l'évolution des plaies des résidents avec les noms complets desdits résidents.	Ecart n°21 : L'accès facilité aux postes de soins à toute personne, autorisée ou pas à s'y rendre, le manque de confidentialité des codes de connexion, la circulation de données médicales avec l'identification des résidents en dehors du poste de soins et/ou par messagerie non sécurisée ne permettent pas de garantir la sécurité des données personnelles et de santé du résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'art. L.1110-4 CSP.	R4312-35 CSP (IDE protection données dossier soins) R4127-45 CSP (secret médical et transmissibilité des informations médicales) L311-3 (4°)CASF (confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel lors de la transmission d'informations concernant un résident)

Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>L'état général du bâtiment</u> Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	 Des travaux de rénovation entre 2022 et 2024 ont eu lieu sur les parties communes de l'EHPAD : Accueil, salle de restauration, salon des résidents et des familles, salle d'animation au RDC et aux étages ainsi que l'ensemble des couloirs de déambulations. Les ascenseurs ainsi que l'ensemble des chambres vont être rénovés à partir du dernier trimestre 2024. Le jour de l'inspection, la mission a constaté que les locaux de l'UVP étaient sales : sols collants, fauteuils remplis de miettes et avec des auréoles, matériel de soins traînant par terre, chaussettes de résidents sous les fauteuils ou dans les couloirs).		L. 311-3 (1°) CASF (Sécurité du résident) Annexe 2-3-1 (II 7°) CASF (Socle prestations d'hébergement en EHPAD)
2.4	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Un agent technique est présent du lundi au vendredi pour assurer les petits travaux et coordonner le suivi des opérations et des contrôles de sécurité des équipements. Le classeur de suivi des registres de sécurité est à jour. Cependant, la mission a constaté que plusieurs objets/matériels étaient endommagés : l'équipe devra procéder à la fixation des boîtiers des alarmes situés dans les couloirs de chaque étage (voir photographies en annexe 3).	Remarque n°9 : le suivi des réparations est à renforcer, ainsi que le rangement afin de garantir la sécurité des résidents.	
2.4	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Le système et/ou la salle de rafraichissement</u> Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraichissement de l'air ou une pièce rafraichie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'établissement est climatisé dans les couloirs de chaque étage et au RDC au niveau de la salle d'animation ainsi que des couloirs.		D312-155-4-2 CASF (salle rafraichissante EHPAD) Annexe de l'arrêté du 7 juillet 2005 modifié par 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/ Annexe : recommandation pièce rafraichissante D312-161 CASF (salle rafraichissante)

2.4	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u> Les PMR peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	L'ensemble de l'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite.	L. 311-3 (1°) CASF (Sécurité du résident)
2.4	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>Les équipements facilitant le déplacement</u> L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ? (Fauteuils roulants, rails, déambulateurs, ...)	Il n'y a pas de rails de transfert dans les chambres, les équipes disposent de verticalisateurs, et autres équipements facilitant les transferts. Ils sont stockés et rangés dans des espaces spécifiques à chaque étage, à proximité des chambres.	D312-155-0 (1 2°) CASF (Les EHPAD proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée)

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5	Sécurités	<u>L'aide à la prévention des chutes</u> 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 ?	Des barres d'appui aidant à la prévention des chutes tant dans les espaces de circulation que dans les chambres sont présentes.		L311-3 (1°) CASF (sécurité du résident) D312-155-0 (1, 2°) CASF (Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée") Bilan de la campagne « Para Chute »-ARS IDF-2018 Évaluation et prise en charge des PA faisant des chutes répétées-HAS-2009 Recommandations dans l'évaluation et prise en charge des PA faisant des chutes répétées-Société française de gériatrie et gériatologie-2009
2.5	Sécurités	<u>La prévention des fugues</u> La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...)?	L'EHPAD est équipé : ➤ Digicode porte entrée et pour l'ascenseur -1 ➤ Vidéosurveillance entrée et parking (écran à l'accueil) Des bracelets anti-fugues intégrés dans le système télé assistance sont proposés aux résidents fugueurs.		L311-3 (1°) CASF (sécurité du résident) D312-155-0-2 (IV 3°) CASF (UHR-déambulation dans un cadre sécurisé)
2.5	Sécurités	<u>Le système d'appel malade</u> Existe-t-il des systèmes d'appel malade pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? 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 ?	Le système d'alarme est disposé dans les chambres des résidents, au niveau de la douche ainsi qu'au niveau des lits. Il se matérialise par l'activation d'une lumière située en haut de la porte de chambre, et le renvoi est effectué sur les DECT des professionnels.		L311-3 (1°) CASF (sécurité du résident) D312-155-0 (1, 2°) CASF (EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée")

Prises en charge

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

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	References juridiques et RBPP
3.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Justine)	La préadmission Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, médecin libéraux, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus de pré-admission, notamment pour les primo arrivants ? - Qui donne son avis dans le cadre de l'admission ? - Le MédCo donne-t-il un avis et est-il tracé ? - Le directeur signe-t-il les admissions ?	Les admissions des résidents sont décidées par la directrice et l'IDEC. La MedCo ne fait pas de visite de préadmission mais réalise, à distance, le bilan gériatrique à l'entrée, tracé dans [REDACTED]. Le projet d'établissement ne détaille pas le processus d'admission pratiqué au sein de l'EHPAD. Il n'y a pas de protocole annexe à ce sujet, dans l'attente de l'actualisation du projet d'établissement. Cependant, il existe, comme cité précédemment, un protocole détaillant les tâches à effectuer lors de l'arrivée d'un nouveau résident, ces tâches identifient les professionnels en responsabilité.	Remarque n°10 : l'EHPAD ne s'est pas doté d'une procédure d'admission.	D312-158 (2°) CASF (avis du MédCo dans l'admission) D312-155-1 CASF (demande d'admission conforme à un dossier défini par arrêté) D312-155-1 CASF (demande d'admission en EHPAD conforme à dossier défini par arrêté) Arrêté du 25 novembre 2019 (modèle dossier unique pour admission en EHPAD) "Qualité de vie en EHPAD, volet 1" HAS-2011
3.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les médecins traitants Les résidents sont-ils tous suivis par un médecin traitant ? Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	■ médecins généralistes se partagent la charge de médecins traitants des résidents. Toutefois, les soignants indiquent que les médecins traitants ne viennent qu'occasionnellement (tous les [REDACTED] mois pour les principaux médecins traitants). [REDACTED] ne sont pas facilement joignables et ne se déplacent que très rarement en dehors de leur fréquence habituelle de visites. L'établissement ne dispose du numéro de portable que de deux d'entre eux. Ainsi, le mode dégradé de prise en charge médicale devient la norme, les soignants (IDEC et IDE) faisant appel à [REDACTED].	Ecart n°22 : Les professionnels de santé libéraux ne disposent pas d'une convention d'exercice au sein de l'établissement signée, ce qui contrevient aux art. L.314-129 et R.313-30-110 CASF.	R313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)

⁹ L314-12 : es conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement. Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement les professionnels intervenant dans les conditions prévues au présent article.

¹⁰ R 313-30-1 CASF : Le contrat prévu à l'article L. 314-12, conclu entre un professionnel de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est conforme aux contrats-types fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes âgées. Ces contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas en cas d'intervention des médecins libéraux dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u> Y a-t-il un référent « PIA » par résident ? Qui contribue à : - l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets individualisés d'accueil de vie, d'accompagnement, leurs suivis et évaluations, - 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 ? Existe-t-il des réunions de synthèse relatives au PIA ? A quelle fréquence ? Qui participe à ces réunions de synthèse ?	et/ou le SAMU pour toute situation, y compris le renouvellement des ordonnances des résidents (pour SOS 92). Une dizaine de résidents n'ont pas de médecin traitant et sont donc vus quand nécessaire par SOS 92. Si l'établissement dispose d'une convention avec SOS 92, aucun contrat avec les soignants extérieurs individuels n'a été transmis.		
			Lors des entretiens avec les professionnels de l'établissement, il a été indiqué la désignation d'un référent pour chaque résident. Cependant, ni le projet d'établissement ni les autres documents de la loi 2002-2 ne font référence à la mise en place d'un référent. Il n'y a pas de procédure claire et formalisée décrivant l'élaboration et le suivi des PIA. L'établissement a communiqué un document s'intitulant « faisons connaissance » destiné à être complété par chaque résident au moment de l'admission et qui a pour objectif de recenser l'histoire de vie, les aptitudes, les souhaits et les attentes. Aucune réunion de synthèse n'est réalisée en pluridisciplinarité. Les informations essentielles sont transmises lors des transmissions de 15h15 tous les jours, entre IDE et soignants. Les paramédicaux extérieurs et l'IDEC ne sont pas systématiquement présents. Lors des transmissions sont abordées toutes les thématiques au regard de l'actualité, et aucune réunion n'est axée sur une thématique en particulier (nutrition, chutes, plaies...).	Ecart n°23 : l'établissement n'a pas mis en place de procédure concernant les étapes de l'élaboration et du suivi du PIA, et ne garantit pas la bonne application des dispositions de l'article L311-3 7° du CASF. Remarque n°11 : des réunions de synthèse pluridisciplinaires thématiques, d'étude de cas ou d'analyses de pratiques ne sont pas formalisées, préparées à l'avance et ne font pas l'objet de comptes rendus. Remarque n°12 : les documents de loi 2002-2 devront être actualisés et renouvelés en détaillant toutes les étapes de l'élaboration et du suivi du PIA.	L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté) L311-3 (2°) CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 (3°) CASF (PIA et consentement du résident.) L311-3 (7°) CASF (participation directe du résident au PIA) D312.155.0 (3°) CASF (PAI et projet de vie en EHPAD) « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - HAS-Décembre 2008 « Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement », HAS -2018 "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement" HAS-2011 "Qualité de vie en EHPAD, volets 2", 2011 Synthèse qualité de vie en EHPAD volet 2 HAS-2011 HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.23) HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022
3.1	Organisation de la prise en charge	<u>La complétude des dossiers médicaux</u>	Les médecins traitants ne se servent pas de [] et ne laissent pas d'observations médicales en papier pour	Ecart n°24 : Des retards dans la complétude des dossiers médicaux et la retranscription	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux)

N°GAS	Sous-thème de l'admission à la sortie	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Quelle est la régularité et la complétude des dossiers médicaux, à partir d'un échantillon de dossiers ?	retranscription. Lorsqu'ils passent, ils réalisent leurs prescriptions médicales sur papier, charge à la MedCo de les retranscrire. Le contrat de télécoordination de la MedCo étant de 0,2 ETP, et bien que cette dernière [REDACTED], Le temps restant (0,1 ETP) est réparti en fonction des besoins et des disponibilités de la MedCo, étant noté que cette dernière est MedCo dans un autre établissement en présentiel par ailleurs. Avec 0,1 ETP (soit 3,5 heures) pour retranscrire les ordonnances de ses confrères, renouveler nombre d'entre elles (contentions principalement), des retards dans la complétude des dossiers médicaux des résidents existent.	des ordonnances dans le logiciel de soins contreviennent aux principes de sécurité et de qualité de la prise en charge soignante des résidents conformément à l'art. L. 311-3 CASF.	L314-12 du CASF (Contrat médecin libéraux ou si MedCo est aussi médecin traitant) D312-158 (9°) CASF (MedCo élabore un dossier type de soins) L311-3 (5°) CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données cliniques) R4311-2 CSP (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) R4321-91 CSP (dossier propre au kiné) R4321-92 CSP (continuité des soins /kiné) R4321-2 CSP (transmission info et bilan du kiné au médecin prescripteur) Annexe de l'Arrêté du 30 décembre 2010 Contrat type kiné-Article 3 (obligation de compléter le dossier médical à chaque visite) 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	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Les transmissions inter-équipes</u> Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ? Qui en assure le pilotage ? Existe-t-il une procédure ? Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...)	Les transmissions ne sont pas toujours efficaces. Le jour de l'inspection, lors des transmissions de 15h15, une AS informe qu'une résidente a des difficultés à manger avec son appareil dentaire mais personne ne conclut qu'il serait nécessaire que la résidente puisse avoir rendez-vous avec le dentiste pour traiter le problème. Les temps de chevauchement entre les équipes de nuit et de jour (15 min le matin et 15 min le soir) permettent des transmissions inter équipes rapides,	Remarque n°13 : Les transmissions ne sont pas réalisées en temps réel ce qui comporte un risque dans la prise en charge soignante des résidents.	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>L'analyse des pratiques, les échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents</u> Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges, hors transmissions, entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci, dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression sur les pratiques professionnelles et les difficultés rencontrées, - de partage d'information, - temps de formations collectives ?	Les différents entretiens réalisés ne permettent pas de constater l'existence de temps d'échanges entre les différentes équipes dans le but d'améliorer la prise en charge globale des résidents. Les salariés ne semblent pas disposer de : - temps d'expression sur les pratiques professionnelles et les difficultés rencontrées, - partage d'information, - temps de formations collectives.	Remarque n°14 : Les salariés ne disposent pas de temps d'expression sur les pratiques professionnelles, les difficultés rencontrées, le partage d'informations et de temps de formations collectives.	HAS 2014 « Qualité de vie en EHPAD (volet 4) », p.79 HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.23) HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2	Respect des droits des personnes	<u>Personnes qualifiées et personne de confiance</u> 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 à une personne accueillie ? Une liste départementale de personne qualifiée est-elle à disposition des résidents et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ? 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 liste départementale de personnes qualifiées et la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie sont affichées à l'accueil de l'établissement avec l'ensemble des documents réglementaire et à disposition des résidents et familles. Les droits et liberté de la personne accueillie sont spécifiés dans le livret d'accueil remis à chaque entrée : • La personne de confiance et les référents familiaux. Pour autant, et comme il n'y a pas de procédure d'admission formalisée, il ne peut être certifié qu'à chaque admission la procédure de désignation d'une personne de confiance soit expliquée au résident entrant. Aussi, l'EHPAD n'a pas mis en œuvre un dispositif d'accompagnement spécifique et un interlocuteur formé sur ce sujet. • La personne qualifiée • Le droit à la consultation de son dossier personnel	Ecart n°25 : L'établissement n'a pas mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance, facilement accessible à une personne accueillie et ce dès l'admission, ce qui contrevient à l'article D311-0-4 CASF.	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	Respect des droits des personnes	<u>Les contentions</u> Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il :	Les prescriptions médicales pour les contentions sont d'une durée d'un mois et revues tous les mois par la MedCo.		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) R311-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à

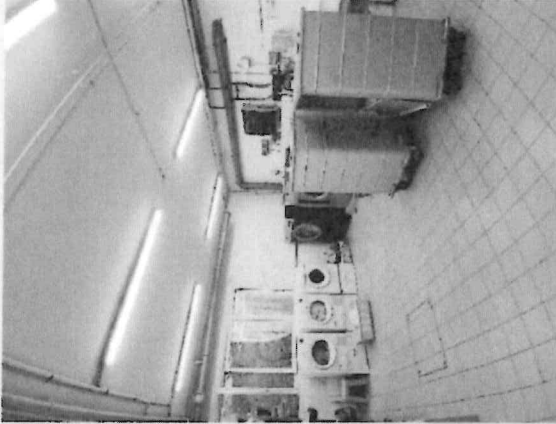
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		- individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, traitant (prescription médicale écrite horodatée, signée et indiquant la durée) avec indications mentionnées par le médecin dans le dossier médical du résident - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?			comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000 Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »
3.2	Respect des droits des personnes	L'identification des résidents (identification) Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet, ...	L'établissement a mis en place une [REDACTED], avec photos, noms et numéro de chambre des résidents sur tous les supports.		L311-3 (1°) CASF (Sécurité du résident)
3.2	Respect des droits des personnes	Les mesures de protection juridique et des biens 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 ?	Dans le contrat de séjour et dans le livret d'accueil, il est spécifié : • La prise en charge des effets personnels et la tenue des comptes des résidents avec signature du résident ou de son représentant. • Le mandat de protection future pour permettre aux résidents de réfléchir et choisir en amont à un mandat notarié ou mandat de seing privé.		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 quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4	Vie quotidienne – Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction : - sur la qualité de l'hébergement ? - sur la restauration ? - sur la qualité de l'entretien des locaux ? - sur la qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante ?			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	Vie quotidienne – Hébergement (Justine)	<u>Les chambres</u> 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 mission a pu accéder (avec le recueil du consentement des résidents concernés) à 3 chambres. Celles-ci sont équipées à minima d'un lit une place médicalisé, les fenêtres sont sécurisées (présence d'un système pour bloquer l'ouverture). Les résidents peuvent équipées leurs chambres avec leurs propres mobiliers et décorations. Les salles d'eau sont équipées de barres de maintien au niveau des WC et d'une douche de plein pied. Du mobilier supplémentaire est ajouté en fonction des besoins de chaque résident (cf. photographie ci-contre, présence d'un fauteuil de douche).		L311-7-1 CASF (état des lieux de la chambre à l'entrée et à la sortie du résident) Annexe 2-3-1 (II) CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4	Vie quotidienne – Hébergement	<u>Alimentation</u> Une diététicienne intervient-elle régulièrement en soutien de l'EHPAD pour l'élaboration des menus ? Il y a-t-il une commission des menus ? Un professionnel de l'EHPAD est-il désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (grammage, composition des menus, apports nutritionnels, ...) ?	Lors de la réunion du mercredi avec le MedCo, les textures sont modifiées en fonction des événements de fausses routes pouvant avoir été constatés par les soignants. Toutefois, le travail inverse de modification du régime alimentaire pour les résidents n'est jamais réalisé. Les soignants ne sont pas formés pour réaliser des tests aux troubles de la déglutition et l'établissement ne dispose pas d'intervenant orthophoniste. Bien que le MedCo indique faire régulièrement des formations aux équipes le mercredi après-midi, ces dernières relèvent bien plus de sensibilisations au regard du temps imparti et pour lesquelles aucun support n'est transmis. La MedCo précise en entretien qu'elle préfère les rappels de bonnes pratiques au gré des	Écart n°26 : L'absence de formations des personnels concernant l'alimentation et la dénutrition ne permet pas un accompagnement de qualité, ce qui contrevient à l'art. L. 311-3 3° CASF.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) CASF.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et REPP
		Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition et la détection des fausses routes ? Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (ex. : Test du verre d'eau) Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ?	événements de la semaine et des constatations faites par les soignants présents quotidiennement. Ainsi, les seules informations sur les pratiques professionnelles apportées aux équipes se font au regard de dysfonctionnements, en curatif et non de réelles formations et enseignements des conduites à tenir, en préventif. A ce titre, la question de la prévention de la dénutrition gérée par les équipes demeure très imparfaitement traitée.		
3.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'organisation des repas</u> 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. Y a-t-il un contrat avec le prestataire de restauration ? Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	Une nouvelle organisation des repas a été mise en place en 2024. L'ensemble des résidents prennent leurs repas en salle à manger ou pour les résidents les plus dépendants en salle à manger PASA. Les horaires des repas sont : - Petit déjeuner de 8h30 à 9h - Déjeuner à compter de 12h15 jusqu'à 13h avec apéritif de 11h45 à 12h15 du lundi au vendredi, alcool autorisé mais servi avec des biscuits salés - Collation de 16h à 16h30 - Dîner de 18h30 à 19h15 Le menu hebdomadaire est distribué en début de semaine avec des propositions de plats de remplacement. Le contrat cadre avec le prestataire de restauration a été signé avec l'entreprise [REDACTED] Il y a la possibilité d'accueillir des invités et d'organiser des repas de fête. 2 salles à manger privatives. Le jeun nocturne est supérieur à 12h (13h15) et aucune collation nocturne n'est prévue et organisée.	Ecart n°27 : Aucune collation de nuit n'est proposée aux résidents, alors que le jeun nocturne est supérieur à 12h consécutives, ce qui contrevient à la sécurité et à une prise en charge de qualité notamment sur la nutrition et ainsi à l'art. L.311-1 CASF.	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 Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en EHPAD-Ministère-2014
3.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'aide à la prise des repas</u> 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 résidents, de principe, déjeunent en salle de restauration, sauf si leur état de santé ne leur permet pas ou s'ils ne souhaitent pas manger avec les autres. Les soignantes interrogées indiquent qu'elles sont très sensibles à l'aide aux repas et à la stimulation des résidents pour que ces derniers mangent à minima, en revanche, elles ne retracent pas les ingestas.		L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité) Société française de gériatrie-geriatriologie, DGS et DGAS Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007(aide au repas, page 10)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Les professionnels sont-ils moteurs de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?			
3.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Le suivi de l'état nutritionnel et la prévention de la dénutrition</u> Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Les professionnels ont-ils une observance des rations alimentaires consommées (surv ingesta) ? Quels sont les outils (ex : tableau récapitulatif, commission nutrition...) mis en œuvre par l'EHPAD pour le suivi de l'état nutritionnel des résidents. Les résidents dénutris sont-ils clairement identifiés et l'information est-elle actualisée ? Des mesures spécifiques (régimes enrichis, collations, CNO, ...) sont-elles prises pour les résidents dénutris ? Ces mesures sont-elles cohérentes avec le statut nutritionnel des résidents (habituellement, CNO pour les sévèrement dénutris ; pas de CNO chez les résidents non dénutris) ?	■ permet de suivre les risques de dénutrition chez les résidents. Toutefois, il a été constaté en étudiant les dossiers de soins que quelques pesées mensuelles manquaient. Sur l'étude d'un dossier de soins, il a été constaté une dénutrition non prise en charge, en raison de l'absence prolongée de son médecin traitant et l'absence de pesée mensuelle. ■	Ecart n°28 : Le suivi des résidents dénutris n'est pas réalisé systématiquement, ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° CASF.	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) RBPP-Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus-HAS-2021 (estimation de l'appétit, de la force musculaire, surveillance état bucco-dentaire, de la capacité de mastication et de déglutition) : Avis sur les besoins alimentaires des PA et de leurs contraintes spécifiques – Conseil national de l'alimentation décembre 2015 (diététicien au moins ½ journée/semaine, responsabilité du MédiCo dans la prévention de la dénutrition, pesée mensuelle et suivi de la courbe de poids et IMC, dossier rassemblant les infos) « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la PA-HAS reco 2007
3.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les toilettes</u> 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 ? <u>Les changes</u>	Les soignants ont expliqué que chaque étage disposait de 3 soignants par jour. ■	Ecart n°29 : Le manque de personnel soignant et de temps dédié aux toilettes ne permet pas de respecter la dignité, l'intégrité et l'intimité et de préserver l'autonomie des résidents, ce qui contrevient à l'art. L.311-3 1° et 3° CASF.	L311-3 (1°) CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		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 ?	Les changes sont réalisés systématiquement lors des toilettes le matin. Puis, au regard des besoins et si les résidents sont souillés, les changes peuvent avoir lieu avant le déjeuner (11h30-midi), après le goûter (entre 17h et 18h), et au moment du coucher (entre 19h et 19h30). Selon les factures des commandes passées sur l'année 2023 chaque mois, la consommation pour ■ résidents incontinents ou nécessitant une protection semble stable et les besoins satisfaits.		
3.4	Vie quotidienne – Hébergement	<u>Le circuit du linge</u> 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 (massage, délai du rendu...) ?	Le linge des résidents et le linge dit plat (serviettes, linges de lit) sont déposés tous les jours dans un local dédié aux linges sales au RDC.  Du lundi au vendredi, une lingère prend en charge le linge des résidents (lavage / séchage et le remonte dans les chambres). Le linge des résidents est étiqueté par l'établissement ou par la famille. Le linge de l'EHPAD est pris en charge par la société ELIS (contrat cadre), ramassé le lundi et jeudi. Dans le cadre de l'enquête de satisfaction ou des comptes rendu de CVS, la blanchisserie n'est pas un sujet de plaintes.		L311-3 (1°) CASF (dignité des résidents) D312-159-2 du CASF (Liste des prestations minimales relatives à l'hébergement ESSMS) Annexe 2-3-1 CASF (Socle de prestations d'hébergement en EHPAD - blanchissage)
3.3	Vie sociale et relationnelle	<u>L'animation</u> 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 de cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?	Un projet d'animation et de vie sociale 2021/2025 a été rédigé par l'animatrice et coordinatrice de la vie sociale présente sur l'EHPAD FONTAINE. 4 types d'actions comptent parmi les activités les plus organisées : ➤ Le maintien de l'autonomie physique : la gymnastique douce, et des gestes utiles au maintien de l'autonomie. ➤ L'estime de soi, l'expression de soi, la motricité fine (agilité manuelle, ou comment développer la créativité, la concentration, le raisonnement, l'expression de ses choix décoratifs), du quotidien du résident. ➤ Des séances de réflexion de Revue de Presse/Mémoire, Lectures, Ecritures.		L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité + consentement) D312-159-2 CASF (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 (V) CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer(UVP) L'animation est-elle intégrée dans le projet d'établissement ?	➤ Des manifestations festives. Au vu des plannings d'animations fournis et constatés sur site, les animations sont proposées du lundi au samedi. • Atelier « Café citoyen ». • Activité PHOTOLANGAGE • Atelier Pâtisserie. • Atelier culinaire • Activité « Jeux de société » • Gymnastique douce. • Les anniversaires. • Activités plastiques. • Les casques à réalité virtuelle. • Activités culturelles et religieuses. • Activités intergénérationnelles. • Médiation animale. • Prestations culturelles.		

Soins : l'organisation de la continuité des soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8	Soins	<u>Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents</u> Quelles sont les professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure : accompagnant éducatif et social/aide médico- psychologique/AVS, aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?	L'établissement voit l'intervention de ■ médecins généralistes, un ORL, deux cardiologues ainsi que les médecins de SOS 92. ■ Les professionnels de santé extérieurs intervenant en exercice libéral sont ■ kinés libéraux, un podologue libéral intervenant une fois par semaine. L'IDEC a indiqué qu'un ergothérapeute pour ■ résidents, ainsi qu'un orthophoniste intervenaient sans que ces professionnels n'aient été retrouvés dans la liste transmise par l'établissement de professionnels extérieurs engagés. Enfin, après le départ de la psychomotricienne, l'apprenti a dû être accueilli dans un autre établissement du groupe Univi. La mission a constaté la défaillance de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire ayant noté que les ■ kinés libéraux ne travaillaient pas ensemble, ne se remplaçaient pas et qu'ils étaient, du reste, partis simultanément en congés cet été.		L312-1 II 4° alinéa CASF (professionnels qualifiés) D312-155-0 (II) CASF (équipe pluridisciplinaire) L311-12 CASF et D311-40 CASF (dans chaque ESMS, directeur désigne un référent pour l'activité physique et sportive)
3.8	Soins	<u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u> Quelle est l'organisation du travail sur la base des contrats de travail, des fiches de postes, des fiches horaires en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, les jours fériés, les week-ends et pendant les périodes de congés et auprès de l'ensemble des personnes accueillies, quelle que soit l'architecture de la structure (pavillonnaire, unités de vie...) ?	La mission a constaté que la répartition des soignants sur le mois d'août n'avait pas été homogène. Pour une cible de ■ soignants, il est arrivé qu'ils soient au nombre de 10 + 1 renfort sur 7h les 6 et 7 août. A contrario, le 24 août, seuls 5 soignants étaient présents et 6 soignants (ou 5 soignants et un renfort sur 7h) les 4, 13, 24, 28 et 31 août, ce qui interroge sur la continuité des soins et la qualité de ces derniers. Par ailleurs, il a été constaté un déséquilibre dans la charge de travail entre les étages de l'établissement : le 3ème étage compte une charge en soins nettement supérieure aux autres étages, sans que soit prévu de personnel supplémentaire. Bien que le protocole le prévoit, le personnel vacataire n'y est pas toujours positionné en priorité et quand il manque du personnel, il arrive que les soignants du 3ème étage soient amenés à travailler en mode dégradé. Ce déséquilibre amène les équipes du 3ème étage à terminer leurs toilettes plus tardivement que les autres équipes (12h/12h15) tandis que les premiers finissent beaucoup plus tôt, ne permettant pas de faire la réunion de transmissions en fin de matinée mais à 15h15 après la pause déjeuner de tous les soignants, trop tardive notamment en termes de réajustement de thérapeutiques en lien avec la pharmacie.	Remarque n°15 : L'organisation des soins et la répartition des soignants ne permettent pas une bonne continuité des soins auprès des résidents.	L311-3 (1°) CASF (Sécurité des résidents) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité) L110-1 CSP (Les professionnels de santé doivent contribuer à la continuité des soins de toute personne) Outils Anap 2024 pour les IDE de nuit en EHPAD

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
--------	------------	-------------------	------------------------------	-------------	-------------------------------

Soins : Les moyens pour la prise en soin

N°IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8	Soins	<u>La sécurisation du poste de soins</u> Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ? Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?	Bien que le poste de soins soit fermé par une ouverture par badge, la porte ne se referme pas naturellement. Pour obtenir sa fermeture, il faut la claquer. Toutefois, le local contigu faisant office de pharmacie est lui bien clos et accessible uniquement aux IDE via leur badge.		Références : R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (secret médical, transmissibilité des données médicales) L311-3-4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
3.8	Soins	<u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u> Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ? Où sont-ils stockés ? Tous les soignants y ont accès 24h/24 ?	En l'absence de passages fréquents des médecins traitants et en raison d'une télécoordination à 0,2 ETP au lieu d'une coordination sur place de ETP, le bilan gériatrique d'entrée et la retranscription des éléments dans le dossier médical et le dossier de soins sont souvent retardées. Ainsi, les DLU ne sont pas à jour des derniers éléments, observations médicales et dernières prescriptions médicales.	Ecart n°30 : Les Dossiers de Liaison d'Urgence non actualisés entraînent des conséquences sur le suivi et l'accompagnement de qualité du résident, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 3° CASF.	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) L110-1 CSP (Les professionnels de santé doivent contribuer à la continuité des soins de toute personne) "Dossier de liaison d'urgence" - HAS - 2015 Dossier de liaison d'urgence-Domicile-HAS-2021
3.8	Soins	<u>Le chariot d'urgence et le défibrillateur automatique externe (DAE)</u> Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il :	L'établissement s'est doté d'un sac d'urgence, plus pratique qu'un chariot. Toutefois, ce dernier est partiellement scellé, non complet (impossibilité de faire des prélèvements sanguins car vacutainer absent), avec des thérapeutiques pas toujours cohérentes avec l'urgence (pince à écharde, ceftriaxone, mercryl, acide borique...), des produits présents dans le sac mais absents de la liste du contenu (pansement Curaport) et inversement des produits indiqués comme manquants mais présents dans le sac (Solumédrol). Les quantités dans le sac sont parfois plus importantes que celles nécessaires (boîte de 10 conservée pleine alors qu'une quantité individuelle seulement est prescrite pour la lidocaïne), alourdissant sans intérêt un sac déjà très lourd.	Ecart n°31 : Un sac d'urgence non scellé, incomplet et pas entièrement opérationnel, ainsi qu'un DAE non vérifié régulièrement ne permettent pas de garantir la sécurité des soins des résidents, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.	Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP) Code de la construction et de l'habitation (CCH) → uniquement en remarque: R157-2 CCH (DAE visible du public, facile accès, signalétique) R157-3 CCH (1 DAE pour plusieurs établissements situés sur un même site géographique) R157-4 CCH Maintenance et contrôle qualité du DAE

N° IGAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		- scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracteurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils : - stockés avec un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié	Tout le matériel n'est pas directement opérationnel (saturomètre sans ses piles, matériels dans leurs emballages nécessitant d'ouvrir, de sortir avant de pouvoir s'en servir) ou potentiellement abîmé (sondes urinaires pliées en deux) Aucun aspirateur à mucosités n'est opérationnel dans l'établissement. Enfin, les extracteurs à oxygène ne sont pas à proximité du sac d'urgence. Enfin, la liste du contenu du sac d'urgence ne permet pas de retracer les entrées et sorties au fur et à mesure. Le DAE n'a été contrôlé qu'une seule fois en 2024 (en juin).		R5126-109 CSP (stockage sécurisé pour médicaments de soins urgents) Urgences médicales internes adultes-OMEDIT Centre-2017 Le DAE est-il : - installé dans un emplacement visible du public - installé dans un endroit en permanence facile d'accès - accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires - en état de fonctionnement ? L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MédCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux) Si EHPAD sans PUI : R5126-108 CSP (EHPAD détient des médicaments pour soins prescrits en urgence)
3.8	Soins	<u>Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur</u> 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) ?	Les protocoles n'ont pas été adaptés au regard des spécificités de l'établissement. Tel est notamment le cas du protocole de circuit du médicament qui ne précise pas la pharmacie d'approvisionnement et la fréquence de la réalisation des blisters.		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 (Objectif soins infirmiers sur la douleur) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) R4312-19 CSP (IDE-Soulagement de la douleur sur rôle propre et sur prescription) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 (approche pluridisciplinaire des protocoles de prise en charge de la douleur, formation des IDE aux protocoles antidouleur)

N°GAS	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	References juridiques et RBPP
					Liste des échelles d'évaluation de la douleur-HAS-2019

Soins : les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

N°/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8			Aucun médecin libéral ne réalise ses ordonnances sur informatique dans [REDACTED]. L'IDEC devant transmettre les prescriptions médicales à la pharmacie en cas d'urgence. De même, aucun médecin ne réalise de transmissions sur l'état de santé des résidents pris en charge dans leurs dossiers de soins respectifs, tout étant informatisé. Ainsi, aucune synthèse médicale n'est réalisée dans le dossier informatisé. Parfois, les IDE prennent le relais et retracent la visite du médecin prescripteur et c'est le MedCo en télécoordination qui retranscrit sur le logiciel les ordonnances. Seuls les kinés font des transmissions sur [REDACTED] en moyenne une fois par semaine pour les résidents pris en charge. Il n'a pas été retrouvé de transmissions du pédicure, de l'orthophoniste ou de l'ergothérapeute. Enfin, quand SOS 92 intervient, ses médecins ne font que des ordonnances et pas de synthèse médicale pour le dossier informatisé. Par ailleurs, les transmissions écrites ne sont pas ciblées et ne répondent pas au référentiel CDAR (Cible-Données-Actions-Résultats). L'étude de quelques dossiers de soins a démontré que les éléments essentiels, s'ils étaient relatés, n'étaient pas corrélés les uns aux autres.		L311-3 3° CASF (PEC de qualité) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou relatives à sa PEC) R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données cliniques) R4311-2 CSP (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE) Arrêté du 10 juin 2021 (Diplôme AS-Annexe 1-DA5)
	Soins	<u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u> Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ?	Remarque n°16 : Les transmissions des soignants libéraux ne se faisant pas toutes sur le logiciel de soins, ou autre support défini, ne permettent pas une prise en charge globale et adaptée des résidents. Remarque n°17 : Le référentiel CDAR de transmissions ciblées n'est pas respecté dans le l'établissement bien que le logiciel [REDACTED] le prévoit, ne permettant pas de tracer la prise en charge des dysfonctionnements constatés.		

Soins : le circuit du médicament

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8	Soins	<u>Les procédures du circuit du médicament</u> Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ? Un audit du circuit du médicament a-t-il été réalisé dans les trois années précédentes (RBPP : une fois tous les deux ans en EHPAD) ?	Il existe une procédure du circuit du médicament mais qui n'a pas été adaptée aux spécificités de l'établissement. Les IDE réalisent une première vérification des blisters à l'arrivée des caisses de la pharmacie réalisée pour 10% d'entre eux (échantillonnage prévu dans la procédure du circuit du médicament). Les blisters sont réalisés pour 4 semaines, avec beaucoup de médicaments jetés si changement de thérapeutiques. Enfin, la mission a constaté beaucoup de gâchis dans le circuit du médicament : médicaments jetés en cas de changement de thérapeutiques en cours du mois, distribution des médicaments aux résidents dans des pochettes dédiées à l'origine uniquement pour les médicaments nécessitant d'être broyés (pochettes en plastique renforcé).		L311-3 (1°) CASF (sécurité du résident) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) Site ARS IDF, boîte à outil prise en charge médicamenteuse en EHPAD, document opérationnels / note d'utilisation de l'outil d'auto-diagnostic Interdiag (Audit circuit médicament tous les 2 ans)
3.8	Soins	<u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u> Le stock des médicaments pour besoins urgents est-il existant (non obligatoire mais recommandé) ? Si oui, est-il : - conforme (liste pré établie) ? - contrôlé ? - stocké dans un local ou armoires fermés à clé et dédié à cet usage ?	Le stock de médicaments pour besoins urgents aussi appelé stock tampon est très mal rangé (toutes les catégories de médicaments sont mélangées), non conforme à la liste retrouvée dans le poste de soins, et dont certaines boîtes sont entamées sans traçabilité ni remplacement. Du reste, la liste du stock tampon ne permet pas de retracer les entrées et sorties au fur et à mesure et les commandes à réaliser pour le garder complet. Enfin, le chariot de médicaments du stock tampon est poussiéreux et la fiche de traçabilité du nettoyage des chariots de médicaments indique seulement 4 nettoyages en août 2024.		R5126-108 CSP (autorisation d'avoir un stock de besoins urgents) R5126-109 CSP (Stockage Besoins urgents) R4312-38 CSP (IDE vérifie prescription, dosage, péremption et mode d'emploi du médicament) D312-158 (13°) CASF (mission MédCo en cas d'urgence) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) Guide circuit du médicament en EHPAD-ARS ARA-2023 (page 19)

		<u>Les stupéfiants</u> Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ? Existe-t-il une procédure de gestion des stupéfiants (l'IDEC signe la réception ; modalités de stockage ; gestion du stock ; gestion des stupéfiants non utilisés...) ?	Le cahier des stupéfiants est mal tenu. Il est retrouvé plus de médicaments dans le coffre que ce qui est indiqué dans le cahier. Certains médicaments présents sont sur une feuille d'un ancien cahier absent du coffre. Le retour des stupéfiants pour les résidents décédés n'est pas réalisé. Enfin, le coffre à stupéfiants est rempli d'objets n'ayant aucun rapport avec les stupéfiants.	Ecart n°32 : Les registres des stupéfiants présentent des erreurs et ne reflètent pas la réalité des stocks afférents, ce qui contrevient à l'art. R.5132-26 CSP.	R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique) R5132-80 CSP (stockage dans armoires ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre ; vol de stupéfiants) R5126-109 CSP (ESMS sans PUI), Stockage médicaments et/ou stupéfiants dans local, armoires ou autres dispositifs de rangement avec système de fermeture sécurisée) R5132-31 CASF (détention de stupéfiants par médecin pour usage professionnel que dans la limite d'une provision pour soins urgents) Arrêté du 12 mars 2013 (stupéfiants dans ESMS avec PUI) Guide ARS Hauts de France (HDF), janv. 2020, « Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans PUI : Points de vigilance » page 15 Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023-(page 45-rangement stupéfiants séparément des autres médicaments)
3.8	Soins	<u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u> Le stockage des médicaments est-il conforme ? Stockage des médicaments thermosensibles : - Entretien enceinte réfrigérée - Enceinte dédiée aux médicaments - Traçabilité entretien et T°C Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	Le stockage des médicaments des résidents hors piluliers est réparti entre plusieurs armoires faute d'organisation et de place. Dans le poste de soins se trouve un réfrigérateur contenant les thérapeutiques thermosensibles. Le relevé des températures n'est pas réalisé tous les jours. Enfin, la procédure u circuit du médicament ne prend pas en compte la possibilité d'une rupture de la chaîne du froid ni la procédure à suivre concernant le remplacement ou non des thérapeutiques concernées.		Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023-page 19 (réfrigérateur dédié, de volume adapté, entretenu, Température de. 2 à 8 °C, contrôlée et tracée, CAT si dépassement des seuils) L311-3 (1°) CASF (Sécurité du résident) D312-158 (13°) CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 CSP (IDE protège accès aux médicaments) Guide ARS Hauts de France - janv. 2020, « Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans Pharmacie à Usage Intérieur : Points de vigilance » page 15

3.8 Soins	<u>Les dates de péremption des médicaments</u> Y a-t-il une procédure interne de surveillance des dates de péremption des médicaments (dans le chariot, les armoires de stock, ...) Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usages ouverts ?	Plusieurs médicaments multi usages ont été retrouvés ouverts sans date d'ouverture, d'autres avaient une date indiquant que la durée d'ouverture était dépassée. Des médicaments (gouttes, liquides, pommades) ont été administrés au-delà de la durée limite de conservation (Risperidone, Betaméthasone, larmes artificielles). De même, des pansements ouverts sont conservés pour d'autres résidents et des antiseptiques ont été retrouvés ouverts et non rebouchés.	Ecart n°33 : L'absence de traçabilité et de durée de conservation des produits notamment des médicaments multi-usages, contrevient à l'art. R.4312-38 CSP.	R4312-38 CSP RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)
3.8 Soins	<u>La liste des médicaments écrasables</u> Une liste des médicaments écrasables ou à ne pas broyer est-elle à disposition des IDE (formes galéniques adaptées) ? Le motif d'écrasement du médicament est-il identifié ? 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 ?	L'établissement dispose d'une liste de médicaments écrasables, mais pas de procédure de broyage des médicaments. De nombreux médicaments sont écrasés alors qu'ils ne peuvent l'être (Bisoprolol, Digoxine, Lisinopril, Tardiféron, Mirtazapine, Prégabaline, Paroxétine, Oxazepam, Miansérine) mais le sont car les résidents concernés ne peuvent déglutir correctement et les médicaments sont broyés afin d'être administrés, sans que les médecins prescripteurs et le MedCo ne s'interrogent sur la forme galénique prescrite. L'établissement dispose de token sur chaque chariot de médicaments, ce qui garantit l'usage unique et l'hygiène du broyage des médicaments pour tous les résidents.	Ecart n°34 : Bien que l'établissement dispose d'une liste de médicaments non écrasables, les formes galéniques des médicaments ne sont pas remises en cause lorsque les résidents concernés rencontrent des difficultés pour déglutir, ce qui contrevient à leur sécurité et à la qualité de leurs soins et à l'art. L.311-3 1° et 3° CASF.	OMéDIT IDF-Liste des médicaments écrasables-2022 ARS ARA « Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI »-juin 2023-page 22
3.8 Soins	Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ?	La mission a constaté que les médicaments étaient administrés exclusivement par les IDE.		L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante, protocole de soins) L311-3 (1°) CASF (sécurité du résident) R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne, protocole de soins) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable)

3.8	Soins	<u>L'identification des résidents</u> Y a-t-il une identification des médicaments (nom et dosage) jusqu'à l'administration (en journée et la nuit) ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions / sur la tablette - photo du résident sur les piluliers	La distribution des médicaments ne se fait pas toujours au regard de l'ordonnance à jour notamment car les blisters contiennent en première page le contenu de l'ordonnance de référence. Toutefois, les IDE conservent sur leurs chariots les nouveaux médicaments à administrer et l'ordonnance afférente. Enfin, pendant leurs tournées, les IDE laissent leur chariot de médicaments ouvert, les médicaments étant alors accessibles à tous.	Ecart n°35 : Les IDE ne ferment pas les chariots de médicaments dans les couloirs, cela contrevient au principe de sécurité des résidents et ainsi à l'art. L311-3 1° CASF.	R4311-4 CSP (Délégation rôle propre IDE à AS et AES) L311-3 (1°) CASF (sécurité résident) ARS ARA « Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI »-juin 2023
3.8	Soins	<u>La traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration</u> 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 mentionnés ?	La traçabilité de l'administration des médicaments se fait à distance et ne fait pas toujours l'objet de notes par les IDE pendant leur tournée. Par conséquent, des oublis de traçabilité de non-administration de médicaments restent possible.		L311-3 (1°) CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) R4235-48 CSP (missions pharmacien dans bon usage des médicaments) ARS ARA « Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI »-juin 2023

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	Remarque
E1	Le PASA ne dispose pas d'un projet de service, intégré au projet d'établissement global, contrairement aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.
E2	Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans, contrairement à ce que prévoit l'article R311-33 du CASF.
E3	Le règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet de consultations auprès du CVS, ni de l'instance représentative du personnel, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-7 du CASF et R311-33 de ce même code.
E4	Le projet d'établissement a été établi pour la période 2013 - 2017, dépassant les 5 ans maximum d'effectivité, en application de l'article L311-8 du CASF.
E5	Le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme à l'article D311-38-3 du CASF puisqu'il ne précise pas les modalités managériales pratiquées, la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance.
E6	Le plan bleu ne contient pas le plan de formation du personnel au SSE, et n'a pas été soumis aux instances représentatives du personnel ou au CVS, contrairement à ce que prévoit l'article R 311-38-1 du CASF.
E7	L'établissement dispose d'un MedCo en télé coordination pour 0,2 ETP, ce qui contrevient à l'art. D. 312-156 CASF.
E8	La direction de l'EHPAD n'a pas fourni les diplômes du MedCo, ce qui contrevient à l'art. D. 312-157 CASF.
E9	La direction de l'établissement n'a pas avisé systématiquement le CVS dysfonctionnements et des événements indésirables graves, comme le précise l'article R331-10 du CASF.
E10	Les procédures liées à la déclaration des EI ne permettent pas d'identifier la nature des faits à déclarer systématiquement.
E11	Les EIG ne font pas l'objet de retour d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes et contraignent donc aux dispositions de l'Article R1413-69 III-2° du Code de la Santé publique.
E12	Les deux procédures d'identification et de déclaration des EI et EIG ne font pas mention des événements à déclarer obligatoirement au Procureur de la République, ce qui ne permet pas aux professionnels d'en avoir connaissance et de réaliser en bonne et due forme ces déclarations, au sens de l'article 40 du code de procédure pénale.
E13	En n'analysant pas les chutes des résidents et ne prévoyant un plan de prévention des chutes avec les actions correctrices, l'établissement contrevient à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des résidents au regard de l'article L.311-3 CASF.
E14	L'établissement n'apporte pas la preuve d'avoir mis en place un plan de formation et gestion des compétences afin d'assurer une prise en charge de qualité et prévenir les risques de maltraitance, contrairement aux dispositions des L313-12-3 CASF et L. 119-1 CASF.
E15	Les professionnels de santé, faute d'identification claire, peuvent réaliser des actes pour lesquels leurs diplôme et qualifications ne les autorisent pas, et notamment la retranscription d'ordonnances médicales par les infirmiers, ce qui contrevient aux articles R.4311-1, R.4127-70 et R.4127-76 CSP.
E16	Une partie des dossiers administratifs des professionnels ne contiennent pas de mention liée à la consultation de l'extrait du B3 du casier judiciaire, alors que l'établissement doit s'assurer de la bonne application des dispositions de l'article L133-6 du CASF.
E17	En l'absence de RAMA avec étude des données, l'état de l'évolution de l'état de la dépendance des résidents n'est pas déterminé, ni analysé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 4° et 10° CASF.
E18	Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas signé ni paraphé de manière annuelle par le Maire de la commune, ce qui contrevient à l'article R.331-5 du CASF.
E19	Le dossier des résidents ne contient pas : les annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...), le projet d'accompagnement individualisé (PAI), la recherche du consentement, la désignation des personnes de confiance, les directives anticipées, le règlement de fonctionnement. Tous ces éléments de constats contreviennent aux articles L311-3° et L311-5-1 CASF et Annexe 3-9-1 CASF.
E20	La multiplicité des supports du dossier médical ne permet pas d'avoir une vision globale du suivi du résident pouvant générer des conséquences sur les prescriptions médicales, ce qui contrevient à l'art. L.311-3 1° CASF.
E21	L'accès facilité aux postes de soins à toute personne, autorisée ou pas à s'y rendre, le manque de confidentialité des codes de connexion, la circulation de données médicales avec l'identification des résidents en dehors du poste de soins et/ou par messagerie non sécurisée ne permettent pas de garantir la sécurité des données personnelles et de santé du résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'art. L.1110-4 CSP.

E22	Les professionnels de santé libéraux ne disposent pas d'une convention d'exercice au sein de l'établissement signée, ce qui contrevient aux art. L.314-1211 et R.313-30-112 CASF.
E23	L'établissement n'a pas mis en place de procédure concernant les étapes de l'élaboration et du suivi du PIA, et ne garantit pas la bonne application des dispositions de l'article L311-3 7° du CASF.
E24	Des retards dans la complétude des dossiers médicaux et la retranscription des ordonnances dans le logiciel de soins contreviennent aux principes de sécurité et de qualité de la prise en charge soignante des résidents conformément à l'art. L. 311-3 CASF.
E25	L'établissement n'a pas mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance, facilement accessible à une personne accueillie et ce dès l'admission, ce qui contrevient à l'article D311-0-4 CASF.
E26	L'absence de formations des personnels concernant l'alimentation et la dénutrition ne permet pas un accompagnement de qualité, ce qui contrevient à l'art. L. 311-3 3° CASF.
E27	Aucune collation de nuit n'est proposée aux résidents, alors que [REDACTED], ce qui contrevient à la sécurité et à une prise en charge de qualité notamment sur la nutrition et ainsi à l'art. L.311-1 CASF.
E28	Le suivi des résidents dénutris n'est pas réalisé systématiquement, ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° CASF.
E29	Le manque de personnel soignant et de temps dédié aux toilettes ne permet pas de respecter la dignité, l'intégrité et de préserver l'autonomie des résidents, ce qui contrevient à l'art. L.311-3 1° et 3° CASF.
E30	Les Dossiers de Liaison d'Urgence non actualisés entraînent des conséquences sur le suivi et l'accompagnement de qualité du résident, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 3° CASF.
E31	Un sac d'urgence non scellé, incomplet et pas entièrement opérationnel, ainsi qu'un DAE non vérifié régulièrement ne permettent pas de garantir la sécurité des soins des résidents, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.
E32	Les registres des stupéfiants présentent des erreurs et ne reflètent pas la réalité des stocks afférents, ce qui contrevient à l'art. R.5132-26 CSP.
E33	L'absence de traçabilité et de durée de conservation des produits notamment des médicaments multi-usages, contrevient à l'art. R.4312-38 CSP.
E34	Bien que l'établissement dispose d'une liste de médicaments non écrasables, les formes galéniques des médicaments ne sont pas remises en cause lorsque les résidents concernés rencontrent des difficultés pour déglutir, ce qui contrevient à leur sécurité et à la qualité de leurs soins et à l'art. L.311-3 1° et 3° CASF.
E35	Les IDE ne fermant pas les chariots de médicaments dans les couloirs, cela contrevient au principe de sécurité des résidents et ainsi à l'art. L.311-3 1° CASF.

Remarques	
R1	L'organigramme fait apparaître des postes qui ne sont pas occupés, et certainement sans nécessité d'être maintenus, comme par exemple, tous les postes liés à la restauration.
R2	L'établissement n'a pas affiché ou mis à disposition dans le hall d'entrée les résultats de la dernière enquête de satisfaction.
R3	La saisie et la remontée des réclamations et plaintes ne sont pas réalisées sur le même support (logiciel), pouvant entraîner une perte d'informations et une absence de traitement des réclamations/plaintes par l'équipe.
R4	La procédure de gestion des réclamations et EI ne font pas l'objet de retours d'expérience et de suivi réguliers, a contrario de ce que la procédure indique.
R5	L'identification par les professionnels des différents EI et EIG à déclaration obligatoire auprès des autorités compétentes est à renforcer.
R6	L'établissement ne dispose pas de procédure liée à la gestion des EI spécifique à la prise en charge médicamenteuse.
R7	Des points d'étape réguliers sur la conduite du changement et la réalisation soutenue de la démarche qualité ne sont pas réalisés, ne permettant pas une émulation collective au sein de l'établissement.
R8	Il n'est pas mis en place de fiches de postes nominatives datées et signées pour l'ensemble des professionnels de l'établissement.

¹¹ L.314-12 : es conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement. Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement les professionnels intervenant dans les conditions prévues au présent article.

¹² R.313-30-1 CASF : Le contrat prévu à l'article L. 314-12, conclu entre un professionnel de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est conforme aux contrats-types fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes âgées. Ces contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas en cas d'intervention des médecins libéraux dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

R9	Le suivi des réparations est à renforcer, ainsi que le rangement afin de garantir la sécurité des résidents.
R10	L'EHPAD ne s'est pas doté d'une procédure d'admission.
R11	Des réunions de synthèse pluridisciplinaires thématiques, d'étude de cas ou d'analyses de pratiques ne sont pas formalisées, préparées à l'avance et ne font pas l'objet de comptes rendus.
R12	Les documents de loi 2002-2 devront être actualisés et renouvelés en détaillant toutes les étapes de l'élaboration et du suivi du PIA.
R13	Les transmissions ne sont pas réalisées en temps réel ce qui comporte un risque dans la prise en charge soignante des résidents.
R14	Les salariés ne disposent pas de temps d'expression sur les pratiques professionnelles, les difficultés rencontrées, le partage d'informations et de temps de formations collectives.
R15	L'organisation des soins et la répartition des soignants ne permettent pas une bonne continuité des soins auprès des résidents.
R16	Les transmissions des soignants libéraux ne se faisant pas toutes sur le logiciel de soins, ou autre support défini, ne permettent pas une prise en charge globale et adaptée des résidents.
R17	Le référentiel CDAR de transmissions ciblées n'est pas respecté dans le l'établissement bien que le logiciel [REDACTED] le prévoit, ne permettant pas de tracer la prise en charge des dysfonctionnements constatés.

Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD « Résidence Fontaine » a été réalisé le 22 août 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté que, dans l'ensemble, le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans une volonté d'assurer une bonne qualité de la prise en charge des résidents et a créé un cadre sécurisant. Néanmoins, il persiste une méconnaissance de certaines procédures qui relèvent pourtant d'une obligation législative et réglementaire. L'établissement a traversé de longues périodes d'instabilité des équipes qui ont pu mettre à mal l'application de ces obligations législatives et réglementaires. Désormais, une nouvelle dynamique est constatée et l'établissement est moins impacté par le turn-over des professionnels et notamment de la gouvernance de l'établissement.

Elle a cependant relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Une absence de documents obligatoires en matière de ressources humaines
- Une gestion des risques et de la qualité à parfaire notamment en matière de traitement et de déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves associés aux soins.
- Prises en charge
 - Une organisation des soins parcellaire pouvant conduire à une insécurité dans la prise en charge
 - Une partielle traçabilité des soins
 - Une sécurisation insuffisante des locaux qui peut conduire à une mise en danger

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

Nanterre, le 13 décembre 2024

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale coordinatrice de la mission, Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'ARS Ile-de-France

Médecin gériatre référent - Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS – Pôle Solidarités, Direction de l'autonomie, Conseil départemental des Hauts-de-Seine Solidarités, Direction de l'autonomie, Conseil départemental des Hauts-de-

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Mardi 2 juillet 2024
EHPAD Résidence Fontaine

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 papier et Clef USB	A compléter par la direction
A	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 et domicile de secours (si possible format EXCEL et non pdf)	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (précisant si CDI/CDD, stagiaires, libéraux) avec leur fonction, affectation et date de recrutement (format EXCEL et non pdf)	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	
C	Un plan des locaux	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	

Documents à remettre avant 10 H 30 ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur Clef USB ou consultation	A compléter par la direction
D	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légende (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	
E	Organigramme nominatif de l'EHPAD indiquant le temps de travail des salariés, les liens hiérarchiques et fonctionnels	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	
G	Liste des résidents sortis (avec motifs) durant l'année 2023	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	
H	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - 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)	1 copie papier + clef USB ou <u>wetransfer</u>	

A remettre ce jour :

Ces pièces devront être transmises dans les meilleurs délais via mails ou *wetransfer* (à justine.guillout@ars.sante.fr)

Chaque document indiquera en plus de son numéro correspondant, son intitulé

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie sur CLEF USB ou consultation	A compléter par la direction
I- La gestion des ressources humaines : état des effectifs, turn-over, formations, climat social			
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail ; DUD du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin(s) prescripteur(s) et de l'IDEC	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
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(s) prescripteur(s)	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
3	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
5	Calendrier des astreintes Direction, médical et soignant depuis janvier 2024	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
6	CR des réunions d'équipes des 6 derniers mois	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
7	Projet d'établissement	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
8	Règlement de fonctionnement	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
9	Plan bleu	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
10	Projet de soins	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
11	Liste nominative des personnels CDD des 18 derniers mois	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
12	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
13	Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés des mois de mai, août et septembre 2024 Précision de la légende des sigles utilisés	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
14	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N+1, attestations des formations suivies	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
15	Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
16	Les fiches de délégation de tâches	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
17	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
18	Livret d'accueil des nouveaux salariés	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
19	Procédure d'accueil des nouveaux salariés	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
20	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
21	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel et non pdf</u>)	clef USB ou <i>wetransfer</i>	
22	Dossiers RH des salariés	Consultation	
23	Registres des délégués du personnel	Consultation	
24	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	

II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bienveillance			
25	Composition des différentes instances de l'EHPAD (CVS, CODIR, CA...)	clef USB ou wetransfer	
26	Statuts du GCSMS avec composition des instances dirigeantes et organigramme de l'organisme gestionnaire	clef USB ou wetransfer	
27	Livret d'accueil des nouveaux résidents	clef USB ou wetransfer	
28	Contrat de séjour vierge		
29	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	clef USB ou wetransfer	
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés ces trois dernières années en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	clef USB ou wetransfer	
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2018-1606 du 27/11/2018)	clef USB ou wetransfer	
32	CR des réunions des CVS des deux dernières années et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	clef USB ou wetransfer	
33	Règlement intérieur du CVS	clef USB ou wetransfer	
34	Programme d'animation de la semaine en cours	clef USB ou wetransfer	ok
35	Projet d'animation de l'année 2024 et bilan de l'année 2023	clef USB ou wetransfer	ok
36	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	clef USB ou wetransfer	
37	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2024)	clef USB ou wetransfer	
38	Produits en vente en boutique – liste des produits-tarifs et caisse	clef USB ou wetransfer	NC
39	Procès-verbal de la dernière visite de la Commission communale de sécurité	clef USB ou wetransfer	
40	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
41	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
42	Registre de fugue permettant d'identifier les résidents à risques	Consultation	
43	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	
44	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge soignante			
45	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse : - Procédure d'évaluation de l'autonomie du résident par rapport à sa prise en charge médicamenteuse (identification des patients à risques) - Procédure de gestion des médicaments dans les services (vérification des péremptions, détention des médicaments thermosensibles) - Procédure d'administration des médicaments et formalisation des délégations de tâches entre IDE/AS	clef USB ou wetransfer	
46	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	clef USB ou wetransfer	
47	Liste nominative des médecins traitants des résidents	clef USB ou wetransfer	

48	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	clef USB ou wetransfer	
49	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD), les services de psychiatrie, etc.	clef USB ou wetransfer	
50	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	clef USB ou wetransfer	
51	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions des deux dernières années	clef USB ou wetransfer	
52	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et le détail de certains protocoles : admission, chute, douleur, pansements, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	clef USB ou wetransfer	
53	Récapitulatif des chutes des 18 derniers mois	clef USB ou wetransfer	
54	Tableau de suivi des poids/IMC des résidents pour les 18 derniers mois	clef USB ou wetransfer	
55	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	clef USB ou wetransfer	
56	Vaccination antigrippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	clef USB ou wetransfer	
57	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins			
58	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.	clef USB ou wetransfer	
59	Factures des deux dernières années des consommables (protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres, gants) et des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	clef USB ou wetransfer	

Annexe 3 : Photographies du matériel endommagé ainsi que des placards non sécurisés et contenant des objets à risque au 3^e étage (UVP).



Placard salle commune 3^e étage



Étage 2 - couloir de circulation



Boîtiers techniques décrochés à tous les étages



3^e étage - porte coupe-feu maintenue ouverte avec une planche en bois

Annexe 4 : Recueil du consentement des résidents dans le cadre des visites des chambres

7 avril 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page 34 sur 132

ANNEXE

FORMULAIRE N° 16210*01



N° 16210*01

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les lieux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire soigneusement (1) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
3 - Contrôle	
Commanditaire (1)	DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ARS ÎLE-DE-FRANCE
Texte(s) de référence	Article L 313-13 du CASF
Objet	INSPECTION INOPINÉE
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	
Autres membres	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	

Merci de bien vouloir remplir le formulaire soigneusement (1) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualifié (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle	
Appartement ou chambre, escalier, étage	
Bât., Résidence	
N° et nom de la voie	
Complément d'adresse	
Code postal - Commune	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle	
Pièce(s)	(rayer si dans objet)
Étage(s)	(rayer si dans objet)
Dépendances	(rayer si dans objet)
Autre(s)	(rayer si dans objet)
Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation. Cocher ci-dessous la mention utile : ☐ J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3. ☐ Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.	
Prénom NOM de l'occupant (et de son représentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent habilité et assermenté <i>Julien GUILLOT</i>
Date et heure d'entrée <i>22/08/24 14h02</i>	Date et heure de sortie <i>22/08/24 14h08</i>
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »	Signature de l'agent habilité et assermenté

lu et approuvé *S. p. p. w.*

ANNEXE

FORMULAIRE N° 16210*01



N° 16210*01

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire soigneusement (*) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (*)	
PRENOM (*)	
Date et lieu de naissance	
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (*)	
PRENOM (*)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
3 - Contrôle	
Commanditaire (*)	DIRECTEUR GÉNÉRAL ARS ÎLE-DE-FRANCE
Texte(s) de référence	Art. R. 313-13 CAS F
Objet	INSPECTION INOPLAEE
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (*)	GUILLOT
PRENOM (*)	SAS
Qualité	INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
Autres membres	
NOM (*)	MANCINI
PRENOM (*)	DANNY
Qualité	PRESCON QUALITE

Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous (1) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualité (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	
NOM (1)	CAMPAS
PRENOM (1)	EMMANUELLE
Qualité	Médecin
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation ou s'exerce le contrôle	
Appartement ou chambre, escalier, étage	
Bât. Résidence	
N° et nom de la voie	
Complément d'adresse	
Code postal - Commune	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle	
Pièce(s)	(rayer si dans objet)
Étage(s)	(rayer si dans objet)
Dépendances	(rayer si dans objet)
Autre(s)	(rayer si dans objet)
Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation. Cocher ci-dessous la mention utile :	
☐ J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.	
☐ Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.	
Prénom NOM de l'occupant (et de son représentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent habilité et assermenté
Date et heure d'entrée 22/08/20 16h15	Date et heure de sortie 22/08/20 16h30
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »	Signature de l'agent habilité et assermenté



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