



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Direction départementale des Hauts-de-Seine



hauts-de-seine
LE DÉPARTEMENT

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « LES QUATRE SAISONS » (EHPAD)
9, avenue de la Libération 92350 LE PLESSIS-ROBINSON
N° FINESS 920 022 928**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2022_0120

Déplacement sur site le 11/02/2022

Mission conduite par

- [REDACTED], Gestionnaire d'établissements et Services Médicaux Sociaux, ARS Île-de-France; Délégation Départementale des Hauts de Seine
- [REDACTED], Chargée du contrôle et du suivi des établissements sociaux et médicosociaux au Pôle solidarités / Conseil départemental des Hauts-de-Seine.
- [REDACTED], médecin expert territorial, ARS Île-de-France, Délégation des Hauts de Seine.

Textes de référence

- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
INTRODUCTION	6
A) Contexte de la mission d'inspection	6
B) Modalités de mise en œuvre	6
C) Présentation de l'établissement	7
D) L'organisme gestionnaire et les relations avec l'établissement.....	8
CONSTATS.....	10
I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES	11
A) L'organigramme et le taux d'encadrement	11
B) L'organisation du travail - planning	11
II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS.....	18
A) Les documents de la loi 2002-2.....	18
B) Le nombre et le profil des résidents accueillis	18
C) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	19
D) La communication avec les familles et le CVS	19
E) La gestion des réclamations et des événements indésirables.....	19
III – LA PRISE EN CHARGE HOTELIERE ET DE LA DEPENDANCE.....	26
A) Les prestations hôtelières (propreté, linge, bâti...)	26
IV – LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	31
A) Organisation de la prise en soins médicaux et paramédicaux.....	31
B) Qualité de prise en charge médicale et soignante	35
C) Partenariats et commission de coordination gériatrique	42
D) Circuit du médicament.....	43
CONCLUSION.....	47
GLOSSAIRE	52
ANNEXES	53
Annexe 1 : Lettre de mission	53
Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection.....	55
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection	57
Annexe 4 : Autres documents annexés	58

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

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

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débutera le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents ;

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée le 11 février 2022 et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission.

La mission d'inspection a visité les locaux, mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents, accédé aux dossiers des résidents.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection puis lors des échanges postérieurs.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Le contrôle a identifié des points positifs :

- L'EHPAD de construction récente (2009) présente un cadre bâti en bon état ;
- L'EHPAD est situé en cœur de ville à proximité immédiate du marché et des commerces ;
- Des référentiels sont élaborés par le siège pour accompagner l'établissement dans la mise en œuvre des bonnes pratiques ;

4/58

- L'équipe d'encadrement bénéficie d'un appui du siège dans les différents domaines : soins, qualité, juridique, ressources humaines, achats, comptabilité, sécurité ;
- L'établissement a un bon niveau d'équipement informatique (wifi, logiciels métiers) ;
- La présence d'une équipe de direction soutenante et très appréciée des équipes ;
- L'effectif soignant et cadre de vie présent le jour de l'inspection était satisfaisant ;
- Le délai de réponse aux appels malade a été satisfaisant le jour de l'inspection ;
- La surveillance et l'aide au repas des personnes ont été satisfaisantes le jour de l'inspection ;
- Les principales fragilités ont bien été identifiées par l'équipe de direction, et pour lesquelles des changements sont déjà enclenchés (circuit du médicament notamment).

Le contrôle a identifié des difficultés :

- o Un turn over important sur le poste de directeur (13 en 12 ans), d'infirmière coordinatrice et de médecin coordonnateur (MedCo) depuis plusieurs années avec des vacances de poste de plusieurs mois sur les deux dernières années ;

Le contrôle a identifié des écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles :

- o Des plannings de travail ne permettant pas d'assurer la sécurité optimale des résidents – 1 personnel présent sur l'établissement de 7h à 7h15 ;
- o Des dossiers de résidents incomplets ;
- o Une absence de culture de déclaration des événements indésirables (EI), EIG par les professionnels ;
- o Une politique qualité non mise en place sur l'établissement malgré la présence d'un référent désigné (aucun plan d'action existant, absence de pilotage) ;
- o Des réunions associant les familles trop peu fréquentes ;
- o Une répartition des tâches du MedCo déséquilibrée au profit du suivi médical des résidents et au détriment des missions de coordination ;
- o Une organisation du circuit du médicament fragile (prescription informatique, stockage, traçabilité) ;
- o Une absence de chariot d'urgence et de stock tampon ;
- o Des procédures anciennes et méconnues des professionnels ;

INTRODUCTION

A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale des Hauts de Seine de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil départemental des Hauts de Seine ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « les Quatre Saisons » situé au Plessis-Robinson (92350), qui appartient au groupe Partage et Vie.

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

Aussi, la DG ARS et le PCD ont diligenté une inspection conjointe dans cet établissement.

B) Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 11 février 2022 de 8h50 à 19h30 par :

- [REDACTED], Gestionnaire d'établissements et Services Médicaux Sociaux, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale des Hauts de Seine
- [REDACTED], Chargée du contrôle et du suivi des établissements, Conseil Départemental des Hauts de Seine
- [REDACTED], ARS Ile-de-France, Médecin expert territorial, Délégation Départementale des Hauts de Seine.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place¹. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 11 février 2022. Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré :

- une aide-soignante,
- une aide-mé醫ico-psychologique,
- un agent logistique (agent hôtelier)
- la psychologue,
- la responsable hôtelière (responsable cadre de vie)
- le Médecin coordinateur,
- l'IDEC,
- la Directrice Adjointe,
- le Directeur.

A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec l'équipe de direction.

¹ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

C) Présentation de l'établissement

L'EHPAD « Les Quatre saisons » a été autorisé conjointement par le président du Conseil départemental et le préfet le 13 janvier 2009. Située au 9 rue de la Libération en cœur de ville, à proximité des commerces et des transports au Plessis-Robinson, la résidence « les Quatre saisons » est gérée par la fondation Partage et vie dont le siège est situé dans le département des Hauts-de-Seine (11 rue de la Vanne à Montrouge).

OUVERT en 2009, l'EHPAD « les Quatre saisons » dispose, depuis l'origine, d'une capacité totale de 101 places réparties sur 5 niveaux (R+4), 96 places en hébergement permanent et 5 places en hébergement temporaire. Conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer, il comprend une unité de vie protégée (UVP) de 25 places ainsi qu'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 12 places autorisé le 4 mars 2019.

Cet établissement bénéficie depuis le 1^{er} septembre 2009 d'une habilitation partielle au titre de l'aide sociale pour 50 lits. Le tarif journalier de l'hébergement au titre de l'aide sociale pour l'année 2022 est de [REDACTED]

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de [REDACTED] Soit un taux de présence de [REDACTED] résidents sont accueillis au titre de l'aide sociale.

Le dernier GMP validé pour l'établissement en date du 7/02/2019 est de [REDACTED], le PMP validé en date du 11/02/2019 est de [REDACTED]. Les GMP et PMP déclarés à l'ERRD 2020 sont identiques aux dernières coupes GMP et PMP validées.

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

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles légèrement supérieures aux chiffres médians régionaux susmentionnés.

L'établissement dispose pour 2022 d'une dotation soins reconductible de [REDACTED] (dont [REDACTED] au titre de l'hébergement temporaire hors financements complémentaires) et d'un forfait global au titre de la dépendance d'un montant de [REDACTED]. Les tarifs journaliers dépendance pour l'année 2022 sont de [REDACTED] pour les GIR1-2, [REDACTED] pour les GIR3-4, [REDACTED] € pour les GIR 5-6.

L'établissement n'est pas encore signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), dont la négociation est prévue en 2024. La 1^{re} convention tripartite a été signée le 31/08/2009 (Valable pour une durée de 5 ans). Un avenant à la convention a été signé le 14/11/2014.



Les 96 résidents pouvant être accueillis en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit (PAS DE RAMA reçu en 2020) :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2020 ^[1]					
EHPAD N, 2021					
IDF ^[2]	18%	40%	18%	17%	7%

En 2020, [redacted] résidents (soit [redacted]) et en 2021, [redacted] résidents (soit [redacted])

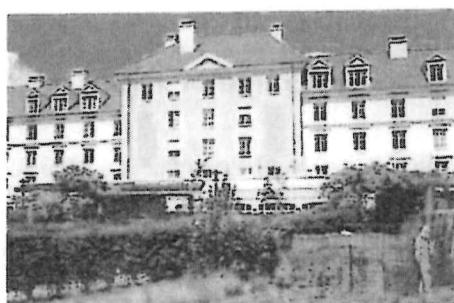


Photo vue de la façade (source livret d'accueil)

D) L'organisme gestionnaire et les relations avec l'établissement

D'abord association sous le nom « Association Nationale Service Séniors Ecureuil » en 1992, elle se transforme et devient en 2001 « Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité » puis change de nom pour devenir en 2016 Partage et Vie avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance. Ses statuts ont été modifiés et approuvés par décret en Conseil d'Etat le 19 février 2020.

La Fondation Partage et Vie gère 122 établissements médico-sociaux et sanitaires dans 46 départements situés essentiellement en France métropolitaine ainsi qu'en Martinique et en Guadeloupe. Elle gère majoritairement des EHPAD ainsi que des résidences autonomie, des établissements d'accueil pour personnes en situation de handicap, des services à domicile et des établissements sanitaires.

En 2019, la Fondation Partage et Vie comptait [redacted] collaborateurs, et totalisait 7 424 places d'accueil dans le médico-social, [redacted] patients accueillis dans ses 4 établissements sanitaires. La fondation totalise 5 167 places habilitées à l'aide sociale, ce qui leur permet d'accueillir des personnes aux revenus modestes.

Dans son rapport d'activité annuel en 2019, La Fondation Partage et Vie indiquait percevoir [redacted] de ressources et consacrer [redacted] € au titre de la formation, soit un total de [redacted] heures en moyenne par collaborateur.

L'organisation institutionnelle de la fondation Partage et Vie repose sur un conseil d'administration composé de partenaires institutionnels, de personnalités qualifiées, des amis de la fondation, de représentants élus par le personnel appuyé par un commissaire du gouvernement ainsi qu'un conseiller médical auprès du président du conseil d'administration.

[1] Source : RAMA 2020

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

La gouvernance opérationnelle est assurée par un directeur général ainsi que plusieurs directions et pôles fonctionnels qui interviennent en appui opérationnel aux établissements (notamment sur les ressources humaines, juridique, comptabilité, qualité, soins, sécurité, informatique).

La Fondation Partage et Vie a démarré en 2019 une démarche éthique avec un groupe d'experts, de philosophes, de directeurs d'établissement. Celle-ci a été finalisée en mars 2020 et fait l'objet d'une déclaration qui expose les principes éthiques permettant de guider les actions des professionnels.

La Fondation met à disposition des établissements des guides et référentiels s'appuyant sur les recommandations et bonnes pratiques de l'HAS. Ces guides et bonnes pratiques sont accessibles par les établissements à partir d'un site intranet.

L'établissement « Les Quatre saisons » a notamment connaissance des guides suivants : le référentiel d'hygiène en période de COVID-19 (1^{ère} édition en mai 2020 et 2^{ème} édition en novembre 2020), le guide des bons réflexes face aux événements indésirables graves les plus fréquents (1^{ère} édition en juin 2021), les préconisations pour une bonne organisation et une bonne gestion des planning (2^{ème} édition janvier 2022).

Des référents par thématique sont également identifiés pour chaque établissement. L'équipe d'encadrement de l'EHPAD « Les Quatre saisons » peut ainsi solliciter une personne ressource pour obtenir un appui sur un processus (recrutement, licenciement, facturation, achats, investissements), l'utilisation de logiciels (planning, paye, soins, facturation), la démarche qualité (procédures et protocoles).

Un directeur territorial Ile-de-France peut se déplacer sur site pour appuyer le directeur dans ses missions. Il anime des réunions territoriales mensuelles sur une journée avec l'ensemble des directeurs du secteur. Ses réunions ont pour objectifs outre de diffuser de l'information, de recueillir les difficultés des directeurs sur leur quotidien, co-développer entre « pairs » des solutions sur des problématiques rencontrées, travailler sur des thématiques.

CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

Consignes de lecture :

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

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

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

Références réglementaires et autres références

(...)

I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

A) L'organigramme et le taux d'encadrement

L'organigramme de L'EHPAD « Les Quatre saisons » compte [] salariés et [] équivalents temps plein (ETP), soit un taux d'encadrement global de []. L'établissement fait appel à un prestataire extérieur pour la restauration pour un effectif de [] ETP soit [] salariés.

L'équipe de professionnels salariés de la résidence « les Quatre saisons » est composée de trois catégories :

- Administratif de [] ETP, comprenant les postes de directeur, d'adjoint de direction, de secrétaire et d'hôtesse d'accueil ;
- Soins/paramédical de [] ETP, comprenant le médecin coordonnateur, la psychomotricienne, la psychologue, les infirmières, les aides-soignantes/AMP/AES ;
- Cadre de vie de [] ETP, comprenant des agents hôteliers.

Le nombre d'ETP précisé sur l'organigramme est inférieur à l'EPRD 2021 qui prévoit un effectif prévisionnel de [] ETP hors personnel extérieur.

Seuls trois postes sont vacants à la date de la visite :

- un des [] postes d'assistant de soins en gérontologie pour l'encadrement du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA),
- le poste d'agent de maintenance, remplacé par un prestataire externe qui vient régulièrement (plusieurs fois par semaine) et gère la maintenance du bâtiment et l'entretien courant,
- un poste d'aide-soignant de nuit.

L'équipe de direction est complète depuis janvier 2022 et les [] postes d'infirmière sont pourvus en CDI.

B) L'organisation du travail - planning

Le directeur de l'établissement a pris ses fonctions en [] en CDI. Il est titulaire d'un [] obtenu [].

[] Il dispose des qualifications requises à l'article D. 312-176-6 du CASF. Son arrivée fait suite à une forte instabilité de la gouvernance de cet établissement. En effet, c'est le 13ème directeur en 12 ans. []

[] Il dispose d'une subdélégation signée à sa prise de poste. Il est apprécié par l'ensemble du personnel rencontré pour son mode de management « participatif », sa disponibilité et sa qualité d'écoute.

Le directeur est secondé par une adjointe de direction, présente en CDI sur l'établissement depuis []. Celle-ci possède un [] validé avant son arrivée dans la structure. Elle a en particulier pour missions la gestion des dossiers du personnel, les contrats de travail, la préparation de la paie (saisie des variables),

l'édition des bulletins de paie. Elle participe en binôme au recrutement de personnels. L'adjointe de direction est la référente qualité de l'établissement.

La secrétaire ainsi que l'agent d'accueil travaillent [REDACTED] et se relaient pour assurer une présence le week-end. La présence à l'accueil est assurée tous les jours de 9h à 17h du lundi au dimanche avec une interruption d'une durée 1h30 entre 12h30 et 14h.

L'équipe de soins est encadrée par une infirmière coordinatrice [REDACTED]. Elle est composée pour le jour de [REDACTED] aides-soignants/aides médico-psychologiques, [REDACTED] infirmières ainsi que [REDACTED] soignantes de nuit qui travaillent sur un planning en roulement.

- [REDACTED] soignants de jour sont prévus sur les trois premiers étages et [REDACTED] soignants sur le 4^{ème} étage [REDACTED] personne de 7h15 à 18h45 [REDACTED] personnes de 8h30 à 20h).
- [REDACTED] soignants sont prévus par nuit, [REDACTED] aides-soignants ainsi [REDACTED] de soins.
- Chaque infirmière a en charge [REDACTED] avec des horaires de travail sur le même rythme que les soignants [REDACTED]
- [REDACTED] ASG [REDACTED] de l'accompagnement au PASA.

Il est constaté la présence d'un seul soignant sur la tranche horaire 7h-7h15.

Deux équipes d'agents hôteliers (ASL) se relaient sur une journée selon des horaires suivants [REDACTED]. Elles assurent les services petit-déjeuner-déjeuner-goûter-diner ainsi que l'entretien des locaux (offices, chambres, chariots de repas, ménage).

Des temps pour les transmissions quotidiennes sont prévus dans les planning des soignants à leur prise de poste.

Des temps de transmissions ainsi que des réunions sont prévus par équipe et inter-équipe :

- Quotidien de 15h00-15h30 – équipes soins et agents hôteliers ;
- Hebdomadaire – équipe cadre de vie – agent hôteliers et lingère ;
- Mensuel au PASA ;
- Mensuel avec la direction et l'ensemble du personnel jour et nuit ;

L'ensemble des équipes de soins de jour et de cadre de vie possède des fiches de poste et des fiches de tâches heurees.

L'équipe de direction est récente et comprend sept personnes dans sa configuration actuelle en plus du directeur :

- L'adjointe de direction ;
- Une gouvernante [REDACTED]
- Un médecin coordonnateur [REDACTED]
- Une infirmière coordinatrice [REDACTED]
- Une animatrice présente [REDACTED]
- [REDACTED]
- Une psychomotricienne [REDACTED]
- Une psychologue [REDACTED]

Le chef de cuisine ainsi que l'agent de maintenance, tous deux prestataires extérieurs, ne font pas partie de l'équipe de direction.

Des comités de direction (CODIR) sont organisés une fois par semaine et font l'objet de comptes rendus formalisés par l'adjointe de direction. Les questions relatives aux ressources humaines font l'objet de réunions bilatérales entre le directeur, l'adjoint et les services concernés.

12/58

La permanence de direction est assurée en présentiel en alternance les week-ends et jours fériés par plusieurs membres de l'équipe. Le directeur assure l'ensemble des astreintes téléphoniques de l'établissement ainsi que des astreintes téléphoniques inter-établissements une semaine sur trois (sur deux établissements situés dans le 92). Les astreintes inter-établissement concernent les problèmes graves qui pourraient être rencontrés sur les deux autres sites. Il n'a pas été constaté l'affichage d'une procédure des astreintes portée à la connaissance du personnel.

Ecart n°1 :

Le document unique de délégation du directeur n'est pas porté à la connaissance du conseil de la vie sociale comme mentionné à l'article D. 312-176-5 CASF.

Remarque n° 1 :

Le taux de rotation élevé de l'équipe de direction dans les dernières années a contribué à fragiliser le pilotage de l'établissement et la mise en place d'une démarche qualité.

Remarque n°2 :

Le planning de soins présente une fragilité sur une durée de 15 minutes, de 7h à 7h15 avec la présence d'une seule personne sur l'établissement.

Remarque n° 3 :

Les soignants émargent leur fin de prise de poste en anticipé.

Remarque n° 4 :

Les modalités prévues pour assurer la permanence de direction et les astreintes ne font pas l'objet d'une procédure formalisée et portée à la connaissance du personnel de l'établissement.

Remarque n°5 :

Les modalités de remplacement du directeur d'établissement avec les autres membres de l'équipe d'encadrement ne sont pas définies, ni formalisées.

Remarque n°6 :

Il n'existe pas de procédure précisant les modalités de remplacement des professionnels de l'établissement.

Remarque n°7 :

Aucune analyse de la pratique n'est actuellement mise en place sur l'établissement.

Remarque n°8 :

Les présences ne sont pas contrôlées à chaque changement de service.

Grille de contrôle/Organisation des ressources humaines

	Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
1. L'ENCADREMENT DES ÉQUIPES						
Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	C	E			La direction est assurée régulièrement, l'adjointe remplace le directeur en cas d'absence. Une copie du document unique de délégation du directeur a été communiquée sur demande de la mission mais le document unique de délégation n'est pas porté à connaissance du conseil de la vie sociale.	D. 312-176-5 CASF
Recrutement, diplôme, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? Rotation fréquente sur ce poste ? Cumule-t-il la direction de plusieurs structures ? Subdélégations (documentées) de signature ? Cf. Entraînement avec l'équipe de direction	C			O	Les modalités de remplacement du directeur de l'établissement « les Quatre saisons » avec les autres membres de l'équipe d'encadrement ne sont pas définies, ni formalisées. Les présences les week-end et les jours fériés sont assurées par plusieurs membres de l'équipe de l'EHPAD et formalisées sur le planning prévisionnel de l'établissement. Les diplômes du directeur et de l'adjointe sont conformes. Les subdélégations sont formalisées et signées. La rotation au poste de directeur est fréquente.	
Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ? Cf. Entraînement avec l'équipe de direction					Le directeur assume des astreintes téléphoniques sur 2 autres établissements situés sur le Département mais ne cumule pas d'autres postes de direction. Un planning des astreintes téléphoniques inter-établissements prévisionnel est défini sur l'année 2022 entre les trois directions des établissements situés à Maule, au Plessis-Robinson et à Nanterre. Un numéro d'astreinte de permanence du réseau est également précis en cas de non réponse de la direction d'astreinte.	
Recrutement, diplôme, quotidien de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? Permanence d'astreinte médicale ?					Le médecin coordonnateur a un diplôme d'Etat de docteur en médecine et la capacité de gériatrie. Il bénéficie d'un contrat de travail [REDACTED]	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? Permanence d'astreinte paramédicale ?					L'IDEC a un diplôme d'état d'infirmier [REDACTED]	
Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) et au courant des problèmes ou direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ?	C				Des réunions hebdomadaires de comité de direction fait l'objet de compte-rendu. Des réunions mensuelles siège/direction sont organisées par le directeur territorial Ile-de-France. Le siège est informé des problématiques rencontrées par l'EHPAD.	

14/58

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	Commentaires	Ref.
Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? Planning des réunions réalisées 2021/programmées 2022 ?				Des interlocuteurs au siège sont identifiés selon les thématiques métiers et viennent en appui des équipes de l'EHPAD.	
Réunions de la direction avec le personnel : fréquence et nature des réunions ? Qualité du dialogue et de l'écoute ? prise en compte et règlement des problèmes ?	C			Des réunions avec les représentants du personnel se tiennent tous les mois. Les réunions sont formalisées avec un délai supérieur à 3 mois. Les problèmes relevés dans les différentes services sont remontés en CODIR et les décisions prises sont relayées par l'équipe de direction aux différentes équipes en présence du directeur selon les sujets. L'équipe de direction est à l'écoute et le dialogue est satisfaisant.	
Autres modes de communication/soutien/régulation interprofessionnel, thématique, périodicité, qui s'en charge ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien professionnel et d'analyse des pratiques, tutorat ?	C			Des réunions quotidiennes de transmission inter-équipes soins et hôteliers sont organisées pour favoriser un accompagnement coordonné auprès des résidents. Celles-ci sont animées par l'infirmière coordinatrice et le responsable cadre de vie. La psychologie de l'établissement assure un soutien professionnel individuel auprès des équipes ainsi qu'un accompagnement dans leurs pratiques professionnelles. Aucune analyse de la pratique n'est actuellement mise en place sur l'établissement. Cependant le projet a été évoqué par le directeur et la psychologue au cours des entretiens réalisés.	
Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bienveillance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. Cf. Plans de formation 2021 (réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés	C			Des plans de formations réalisées et prévisionnelles sont formalisés. Des bilans de formation sont formalisés chaque année et permettent de connaître le nombre de formations réalisées ainsi que les professionnels formés. Les formations internes et externes sont dispensées sur les pratiques professionnelles, la bienveillance, le bon usage des outils de travail. Le programme de formation de l'année est construit à partir des remontées des entretiens individuels d'évaluation, des priorités remontées par l'équipe de direction au vu des projets de l'établissement ainsi que des propositions de formation inter-établissements faites par le siège. Des formations de professionnalisation sont également formalisées afin de tenir compte des souhaits d'évolution des salariés dans leur parcours professionnel.	
2. LA SITUATION DES EFFECTIFS					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings)	C			Un logiciel de planning, [] a été mis en place sur l'EHPAD en février 2022. Il recense les salariés présents et prévus pour l'ensemble des catégories de personnel.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?	C			L'adjointe de direction appuyée par les responsables de service (soins et hôtelier) est en charge du suivi (présence et absence) des salariés. La présence effective des salariés est tracée sur un classeur des présents par catégorie de métier. Les présences ne sont pas contrôlées à chaque changement de service.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O i C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Ratio d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).				Il a été constaté le jour de l'inspection que 13 personnels soignants avaient signé leurs heures d'arrivée à leur prise de poste et 9 d'entre eux avaient, de manière anticipée, émargé leurs horaires de fin de service.	
Absentéisme (ppx motifs : maladie, AT, maladies, absences de courte durée...) ? Taux de rotation (ratios, ancien/niè dans les postes) ? Cf. Documents de gestion disponibles ? Cf. Entraineur directeur				4 personnels soignants (AS/AES-AMP) sont absents [REDACTED] soit un taux d'absence [REDACTED] 1 personnel soignant est en absence longue durée [REDACTED] Le taux d'absentéisme est élevé mais dans les moyennes observées en Ile-de-France. Aucun document de gestion ne nous a été fourni. Le bilan social 2021 de l'établissement ne nous a pas été communiqué.	
Comment la structure fait-elle face aux absences ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ? Cf. Entraineurs directeur + cadres	O		R	Les personnels absents (courte ou longue durée) sont remplacés par des vacataires. L'établissement a consolide un pool de vacataires réguliers. Aucune procédure pour organiser les remplacements de l'établissement ne nous a été fournie.	
Effectifs médicaux et paramédicaux ² salariés Effectifs soignants mis à disposition	C			L'effectif médical et paramédical est de [REDACTED], soit un taux d'encadrement de [REDACTED]. L'effectif soignant (IDE+AS+ASG jour et nuit) est de [REDACTED] soit un taux d'encadrement de près de [REDACTED]. 3 postes sont vacants le jour de l'inspection, [REDACTED]	
Nombre de postes vacants ³ au jour de l'inspection en ETP et par type de fonction	C				
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ? Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heurees pour les personnels de jour ? de nuit ?	0			L'ensemble des fiches de poste du personnel n'a pas été demandé par la mission d'inspection. Les fiches de poste demandées nous ont été communiquées ; elles concernent le personnel soignant (AS, AMP, ASG) et hôtelier (ASL). Des fiches de tâches heurees existent pour le personnel soignant et cadre de vie de jour. L'ensemble des fiches de postes heurees pour le personnel de nuit ne nous a pas été fourni, malgré nos demandes.	
3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL Modalités de constitution des équipes et contre-équipes ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	C		R	L'ensemble des équipes travaille sur un planning de 35h hebdomadaire.	

² Niveau d'absentéisme du personnel par catégorie professionnelle et motifs d'absentéisme : Bilan social 2021

³ Taux d'encadrement des soignants : Réf : Guide CPOM-EHPAD, ARSIF, v2019 page 15 (TO cible entre 5 et 10%)

Points abordés et constaté lors de l'inspection					Commentaires
O	N	EIR			Ref.
I	NC	C			
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ?					Les équipes soignantes et cadre de vie travaillent selon un planning à la quinzaine avec un week-end travaillé sur deux. La construction des plannings permet d'assurer une présence quotidienne de [REDACTED] soignants par étage, une infirmière pour [REDACTED] étages sur une amplitude horaire de 7h15 à 20h. Deux équipes hôtelières (ASL) se relaient sur une amplitude journalière de 7h30 à 20h. Une fragilité dans la sécurisation de l'accompagnement des résidents est constatée par la présence d'un seuil effectif entre 7h et 7h15.
Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	N				Une cession entre les tâches à réaliser par les équipes soignantes et les équipes hôtelières a été rapportée lors des entretiens. Un travail est mené pour éviter les glissements de tâche tout en favorisant un travail d'équipe.
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	C				La construction de planning permet des temps de recouvrement inter-équipe (jour-nuit) de 15 minutes minimum, ainsi que des temps de transmission à la prise de poste.
Couverture du personnel sur 1 journée : nombre d'ETP présents le matin, l'après-midi, le soir et la nuit (en semaine et le week-end) ?	C				Les transmissions sont réalisées à la prise de poste de chaque équipe et quotidiennement. Leur pilotage est assuré par les IDE, l'IDEC, la cadre de vie selon les catégories de personnel. Depuis le mois de février 2022 les agents hôteliers participent aux transmissions quotidiennes de 30 minutes de 15h à 15h30 avec les équipes de soins. Il n'a pas été demandé de procédure de transmission.
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :					La traçabilité des transmissions est enregistrée sur le logiciel [REDACTED]. Les personnels ASL ont récemment accès au logiciel de soins, sur les modules autorisés à leur catégorie professionnelle, mais elles n'ont pas encore été formées à son utilisation.
- qui en assure le pilotage ?					Des réunions mensuelles sont organisées avec l'ensemble du personnel (jour et nuit).
- existe-t-il une procédure ?					[REDACTED] personnels sont présents la nuit. Ils rendent compte de leur activité sur le logiciel [REDACTED].
- mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?					En cas de décision d'urgence la nuit, une procédure existe et est à disposition du personnel avec les numéros d'aspirine et d'urgence.
L'encadrement organise-t-il des réunions entre les personnels de nuit, des fins de semaine et JF et ceux de jour ?	C				Les entretiens réalisés avec le directeur et l'adjointe de direction n'ont pas permis à la mission de s'assurer de la conduite de visites inopinées par l'équipe de direction la nuit, les fins de semaine ou les JF.
Quels sont les personnels présents la nuit ?	C				
Comment rendent-ils compte de l'activité de la nuit ? à qui ? sur quel support ?					
En cas de décisions en urgence la nuit, quelle est la procédure de validation ?					
L'équipe de direction procède t-elle à des visites inopinées la nuit, les fins de semaine et les JF ?					

II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS

A) Les documents de la loi 2002-2

Le livret d'accueil est téléchargeable sur le site de l'établissement, il présente les prestations offertes par l'EHPAD « les Quatre saisons ».

Concernant les droits des usagers, il fait référence à :

- La possibilité de désigner une personne de confiance avec la remise d'une notice ;
- La possibilité d'avoir recours à une personne qualifiée en cas de différend ;
- La possibilité d'avoir recours au numéro national de signalement de maltraitance ;
- Aux autorités administratives compétentes : ARS et Conseil Départemental ;
- Au conseil de la vie sociale (CVS) ;
- En page 15, il est indiqué la politique d'utilisation de données personnelles ;

La charte des droits et libertés est annexée au livret d'accueil. Elle est par ailleurs affichée dans l'établissement (rez-de-chaussée).

Le contrat de séjour a été réactualisé en 2020. Il présente l'ensemble des prestations liées à l'hébergement, à la dépendance et aux soins et précise les conditions de séjour.

Le contrat de séjour prévoit un dépôt de garantie (p. 10) équivalent à 30 jours de tarif socle de prestations.

En revanche, le contrat de séjour ne fait pas référence à la possibilité d'avoir recours à une personne qualifiée en cas de différend avec l'établissement.

Le règlement de fonctionnement date de 2016. Il n'a pas été actualisé. Il précise notamment la garantie des droits des personnes accueillies, le fonctionnement de la résidence ainsi que les règles de la vie collective. Il précise notamment la fréquence de réunion du CVS (au moins trois fois par an).

Le projet d'établissement date de mars 2015. Sa période de validité est fixée à mars 2020. Il n'a pas été réactualisé. Il présente un projet de prise en charge spécifique selon le type d'accueil et le public accueilli : pour l'hébergement permanent, temporaire, les prises en charge spécifiques.

Il comprend un projet de vie sociale, soins, d'hôtellerie et restauration, un projet de ressources humaines ainsi qu'un projet qualité et de gestion des risques.



Le suivi de ses objectifs n'a pas été effectué.

Une évaluation interne a été réalisée en 2019 et un rapport a été transmis.

B) Le nombre et le profil des résidents accueillis

L'établissement est autorisé à accueillir des personnes âgées des deux sexes, seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), qu'elles soient autonomes, semi-autonomes ou en perte d'autonomie (physique, psychique). Il est habilité à recevoir des résidents ayant un certain niveau de dépendance et dont les besoins sont strictement définis et en adéquation avec le projet d'établissement.

18/58

Le 1^{er} étage accueille des résidents présentant des troubles cognitifs et de déambulation. Il dispose de 25 chambres individuelles.

Le jour de la visite 20 résidents étaient présents. D'autre part, les 5 places d'accueil temporaire n'étaient pas occupées.

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

Une procédure d'admission des résidents est formalisée et précise les modalités d'organisation : le secrétariat de direction réceptionne et centralise les dossiers, la partie administrative est vérifiée avec le directeur. En cas de refus administratif, la direction envoie un courrier ou un mail. En cas d'accord, le médecin coordonnateur est prévenu et une analyse du dossier médical est réalisée.

Il n'existe pas d'outil commun (tableau partagé ou logiciel) permettant à l'équipe administrative et médicale de suivre l'avancée du dossier d'admission.

Les visites de préadmission se déroulent le lundi et le jeudi de 14h30 à 15h30. Le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice (IDEC) et la psychologue reçoivent la personne en entretien et réalisent une première évaluation. Ils complètent également le recueil des besoins et les habitudes de vie de la personne puis visitent l'établissement avec elle.

Si le dossier est validé, l'IDEC et la responsable hôtellerie déterminent une date d'entrée.

Les documents relatifs à l'entrée sont remis au résident avant son entrée dans l'établissement. Les dossiers administratifs des résidents sont gérés par le service administratif. Le dossiers résidents ne sont pas homogènes et sont incomplets.

Les résidents participent à la vie de l'établissement grâce à des activités individuelles ou collectives qui leur sont proposées régulièrement.

D) La communication avec les familles et le CVS

Conformément au décret n°2004-287 du 25 mars 2004, le conseil de la vie sociale est une instance d'expression des résidents et de leurs familles.

Il s'agit d'un organisme consultatif qui a comme objectifs de traiter les questions relatives à la vie de l'établissement et d'informer sur les évènements importants.

Il est composé de représentants ou suppléants (résidents et familles, personnel, fondation gestionnaire). Ils sont élus pour une période d'un an au moins et de trois ans au plus.

Le conseil de vie social de l'EHPAD « les Quatre saisons » a été renouvelé le 21 septembre 2020. Il est composé d'un collège des familles (2 représentants), d'un collège des salariés (2 représentants), de résidents élus (3 résidents).

La fréquence de réunion est insuffisante (2 CVS réalisés en 2021).

E) La gestion des réclamations et des évènements indésirables

Il existe une procédure de recueil et de traitement des EI/EIG mais elle n'est pas actualisée.

- 11 signalements ont été enregistrés en EI /EIG dans [redacted] sur les deux dernières années dont 5 ont été classés en niveau de gravité « Grave » et 2 ont été déclarés à l'Agence Régionale de Santé.

Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations.

Les EI/EIG et réclamations ne font pas l'objet d'une traçabilité complète, d'une centralisation ni d'une analyse par la direction de l'établissement. De plus, ils ne sont pas présentés en conseil de la vie sociale.

Ecart n°2 :

Le projet d'établissement n'est plus actualisé conformément à l'article L 311.8 du CASF

Ecart n° 3 :

Les familles participent peu aux instances et les fréquences de réunions (CVS) sont insuffisantes. Le CVS doit se réunir au moins trois fois par an, conformément à l'article 15 mentionné au Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004.

Ecart n°4 :

La gestion et le suivi des EIG ne sont pas conformes aux articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016. Aucune formation régulière n'est dispensée au personnel sur la gestion des EI/EIG.

Ecart n°5 :

Les EIG ne font pas systématiquement l'objet d'un signalement aux autorités ARS et Conseil départemental conformément l'article 434-3 du Code Pénal.

Ecart n°6 :

Les EIG associées aux soins ne sont pas traités de manière distincte. La déclaration des infections associées aux soins n'est pas organisée conformément aux articles L. 1413-14 du CSP, R. 1413-68 du CSP et R. 331-9 du CASF, L. 1413-14 et R.1413-79 du CSP.

Ecart n°7 :

Il n'existe pas de démarche interne d'incitation au signalement conformément à l'article L. 313-24 CASF.

Remarque n°9 :

Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé.

Remarque n°10 :

De nombreuses irrégularités ont été relevées dans les dossiers des résidents : incomplets, contrat de séjour non signés, annexes manquantes. Leur format n'est pas homogène.

Remarque n°11 :

Les affichages obligatoires sont absents : liste des personnes qualifiées, numéro national ALMA maltraitance, l'affiche attentat, panneau interdiction de fumer.

Remarque n°12 :

Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations. Les signalements ne sont ni documentés, ni centralisés, ni analysés. Aucun bilan n'est réalisé.

Remarque n°13 :

Les EI/EIG ne font pas l'objet d'analyse, et aucun bilan n'est réalisé par l'établissement.

Grille de contrôle/Respect des droits des résidents :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0	N/NC	EIR	Commentaires	Réf.
1. LE PROFIL DES RÉSIDENTS ACCUEILLIS					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	C			Le registre des entrées et sorties des résidents est informatisé, il est complété jusqu'au jour de l'inspection (10/02/2022).	
Est-il tenu régulièrement à jour ?					
Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?	C			Un registre d'occupation des chambres permet de recenser les résidents présents.	
Nb de résidents accueillis le jour J ?					
Taux de présence le jour J (ratio nb PA accueillies/nb places autorisées en installées) ?					
Taux d'occupation 2021 (nb PA accueillies/nb places et nb de journées réalisées / nb autorisées) ?					
Une personne identifiée estelle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnelles) ?	C			L'équipe administrative (secrétaire de direction, le directeur) en lien avec l'équipe paramédicale est en charge du suivi des absences, des motifs. Elle a connaissance des arrivées et des départs prévisionnels grâce aux informations transmises par les personnes en charge d'admission (psychologue, médecin-coordonnateur, IDEC).	
Existe-t-il des données statistiques portant sur les résidents accueillis le jour J ?	C			L'équipe médicale a connaissance des niveaux d'autonomie des personnes accueillies dans l'établissement (niveaux de GIR par personne).	
Des données moyennes annuelles ou au 31/12/N pour 2019 et 2021 ?					
Cf. Rapport annuel d'activité, RAMA					
2. LES MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS					
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ? modalités mises en place pour faciliter l'intégration de la personne dans l'EHPAD (habitudes de vie, goûts, horaires journaliers) ? bilan après 3 mois de l'admission ?	C			Une procédure d'admission et d'accueil des nouveaux résidents est formalisée mais n'est pas connue des équipes. Deux référents par résident sont identifiés pour recueillir leurs besoins et leurs projets. La psychologue recueille au cours d'un entretien de préadmission les habitudes de vie de la personne. Un planning a été redéfini afin de remettre en place les réunions de projet de vie, réunions abandonnées pendant ces deux dernières années. En ce qui concerne le fonctionnement du PASA, une réunion mensuelle est organisée avec le personnel soignant et paramédicale du PASA avec la psychologue.	
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?	C			Lors de la visite de m'éadmission, la psychologue s'assure du consentement de la future personne accueillie.	L_311-4-1 et L_311-5-1 CASF L_1111-6 CSP

⁶ Nb total de résidents et âge ; état de santé : nb personnes en UPI/PASA/UHR et nombre de personnes dénitrées ; état de dépendance : PMP/GMP et distribution des résidents entre les 6 GIR ; origine de la demande d'admission, nb de personnes sous protection juridique, nb de bénéficiaires de l'aide sociale

21/58

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 I C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ? Cf. Dossiers des résidents		R		Lors de l'admission, des documents sont remis au résident. La mission n'a pas constaté l'existence d'un dossier type d'admission. D'autre part, il a été constaté de nombreuses irrégularités sur les dossiers des résidents. Les 3 dossiers de résidents étudiés étaient tous incomplets, hétérogènes, un contrat de séjour n'était pas signé, de nombreux documents étaient manquants.	
Comment est-il procédé à la mise à jour des coordonnées de la famille et des proches ?				La mission ne s'est pas assurée du procédé de mise à jour des coordonnées de la famille et des proches.	
Procédure type en cas de sortie ponctuelle (billetter, ...) ? Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ? Cf. Dossiers des résidents accueillis (qui y a accès ?)		C	R	Il n'a pas été fourni à la mission de procédure type en cas de sortie. Les grandes étapes du projet de vie ainsi que les missions du référent sont formalisées. La psychologue coordonne les projets personnalisés avec les équipes de soins et paramédicales. Celle-ci effectue une visite 1 semaine après l'entrée du résident afin de recueillir ses premières impressions, remonter les difficultés et identifier ses besoins. Un compte rendu de cette visite est tiré dans le logiciel de soins et est accessible aux soignants. Un entretien est réalisé après 3 mois de l'entrée du résident et une évaluation est faite en équipe pluridisciplinaire. 2 référents soins sont nommés par résident pour élaborer et suivre leur projet personnalisé. Le projet personnalisé est tracé sur le logiciel de soins. Il est signé par le résident ou son représentant légal, le référent, le représentant de l'établissement. Il est enregistré sur [redacted] dans le dossier informatisé du résident.	
Quels sont les possibilités, moyens pratiques pour le respect de la liberté de culte, la participation aux scrutins électoraux ?		C		Pour le PASA, une réunion avec la psychologue et les soignants du PASA pour les évaluations des résidents est organisée une fois par mois. Les possibilités et moyens pratiques pour le respect du culte et la participation aux scrutins électoraux sont inscrits dans le livret d'accueil. Un lieu de culte est aménagé pour célébrer les offices tous les mois. Les entretiens réalisés par la mission ont permis d'appréhender qu'un réseau de bénévoles et d'associations était présent pour venir en soutien de l'accompagnement des résidents. Des groupes de parole résidents sur les prochaines élections présidentielles se tiennent dans l'établissement (programme d'animation de la semaine du 11 février 2022)	

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Commentaires	Réf.
O	N/ NC	EIR				
C	C	C			<p>Lors de la visite, il n'a pas été constaté de non-respect de l'intimité des résidents. La mission a constaté au cours de la visite de l'établissement que la dignité de la personne était respectée.</p> <p>Il a été constaté un tuliolement de résidents dans l'unité protégée, ainsi que l'appellation de la personne autrement que par son nom de famille. Cela peut correspondre au projet personnalisé pour les personnes de l'unité protégée (tel que précisé par la psychologue lors de l'enquête).</p> <p>Les personnes accueillies ont la possibilité de détenir la clé de leur logement, les informations sont précisées dans le dossier du résident (annexe 1). Cependant, le document n'est pas forcément renseigné et signé.</p>	
C	C	C			<p>L'établissement a mis en place tout récemment un abonnement à un journal qui permet aux familles de communiquer avec leur proches grâce à des photos et des messages. Les journaux de chaque résident sont imprimés par la résidence et transmis aux personnes tous les mois.</p> <p>D'autre part, l'EHPAD a édité une première version en janvier 2022, de « la chronique des Quatre saisons » qui donne aux familles des informations sur la vie de l'établissement.</p>	
C	C	C			<p>Les résidents participent à différentes commissions (restauration, animations) et des activités variées leur sont proposées dans un programme hebdomadaire. Des moments festifs sont également organisés (dinners conviviaux, spectacles, sorties à la maison des arts, au marché...)</p>	
C	C	C			<p>Les accompagnements interrompus sont dus principalement à des retours à domicile, des changements d'EHPAD pour être plus proches de leur famille, des décès.</p> <p>L'Inspection ne permet pas de savoir si une analyse est réalisée.</p>	
3. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS						
C	C	C			<p>Les familles communiquent par téléphone, courriels, Une boîte aux lettres familles est à disposition au rez-de-chaussée de l'établissement.</p> <p>Elles peuvent venir sans rendez-vous sur l'établissement. Le directeur est très disponible, son bureau est ouvert à toutes les familles.</p> <p>Des réponses écrites aux demandes écrites des familles sont formalisées par mail ou par courrier.</p> <p>Il existe un conseil de vie sociale (CVS) dont la représentation est conforme au D. 311-3 et D. 311-21 à 25 CASF.</p>	23/58

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Commentaires	Réf.
	O	N/ NC	ÉIR			
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? Entrerai avec/le PDI/ CVS et/ou un membre/ représentant les résidents ou les familles	C		E		Des réunions de CVS ont été organisées 2 fois sur l'année 2021 et font l'objet de rapports rendus. Les réunions des CVS ne sont pas suffisamment régulières. Elles doivent se réunir à minima trois fois par an.	D. 311-4 à 20
4. LA GESTION DES RÉCLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES	NC	R				
Affichage liste des PQ, n° et 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?					La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée. Le numéro national ALMA maltraitance 3977 n'est pas affiché. L'affiche affichat est inexistant.	
Il manque le panneau interdiction de fumer.						
Existence d'un système d'enquête et de suivi des enquêtes de satisfaction (documenté) ?		R			La mission ne s'est pas assurée de l'existence d'un système d'enregistrement et de suivi des enquêtes de satisfaction. L'existence d'une enquête de satisfaction ne nous a pas été communiquée au cours des différents entretiens menés.	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?	NC	R			Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations. Les signalements ne sont pas documentés, centralisés ni analysés.	
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ?	NC	R			Des réclamations font l'objet d'une réponse écrite. Cependant, elles ne sont pas documentées, centralisées, analysées.	
Quid des signalements ? (documenter)						
Un suivi et un bilan des réclamations sont-ils dressés ?	NC	R			Il existe pas de suivi et de bilan des réclamations.	
Quid des signalements ? (documenter)						
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?						
Existence d'une procédure de recueil et de traitement des EI/EIG ?	O	E			Il existe une procédure de recueil et de traitement des EI/EIG, cependant celle-ci n'a pas fait l'objet d'une actualisation depuis 2013.	
Existe-t-il un support ou logiciel mélanger de recueil et suivi des EI ?	C				Les EI/EIG sont enregistrés sur [REDACTED] et classés selon leur gravité. Les soignants, et paramédicaux ont accès à l'enregistrement.	
Qui l'aimamente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	NC				Aucune formation n'a été dispensée au personnel sur les 2 dernières années sur le thème des EI/EIG.	
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répercutés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?	NC	E			Les EI/G n'ont pas systématiquement fait l'objet d'un signalement aux deux autorités ARS et Conseil départemental (2 sur 5 ont été déclarées à l'ARS),	Article 434-3 du Code Penal
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bienveillance et de lutte contre la maltraitance (épérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?		O			Il existe un référentiel groupe « l'EHPAD de référence de Partage et Vie ». La psychologue participe au repérage de situations et de pratiques maltraitance ; elle intervient notamment sur des temps de transmissions pour évaluer les situations et conseiller les équipes. La psychologue a animé une mini formation bienveillance en novembre 2019 avec une auto-évaluation en lien avec un questionnaire de la HAS. Cependant la politique de promotion de la bienveillance n'est pas formalisée sur l'établissement.	
		R				

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Les EIG associées à des soins sont-ils traités de manière distincte ? La déclaration des infections associées aux soins (IAS) est-elle organisée ?		E		Les EIG associées aux soins ne sont pas traitées de manière distincte. La déclaration des infections associées aux soins n'est pas organisée.	L. 1413-14 CSP, R. 1413-68 CSP et R. 331-9 CASF L. 1413-14 et R. 1413-79 CSP
Une charte de confiance (ou d'incitation au signallement) existe-t-elle ?		E		Il n'a pas été constaté l'existence d'une charte de confiance par la mission d'inspection.	L. 313-24 CASF
Les EIEIG donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ? font ils l'objet de relex ?	NC	R		Les EIEIG ne donnent pas lieu à une analyse pour prévenir leur réapparition et ne font pas l'objet d'un retour d'expérience. Ils ne sont pas présentes aux familles lors des CVS.	
Un suivi et un bilan des EIEIG sont-ils faits ?	NC	R		Il n'existe pas de suivi, ni de bilan EIEIG.	

III – LA PRISE EN CHARGE HOTELIERE ET DE LA DEPENDANCE

A) Les prestations hôtelières (propreté, linge, bâti...)

Les locaux sont propres.

Le rez-de-chaussée comprend les bureaux administratifs, de direction, la cuisine, la salle de restauration (non visités), la lingerie (non visitée), le salon de coiffure, le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) (non visité) ainsi qu'un grand salon confortable avec un piano permettant d'accueillir les résidents et les familles. Par ailleurs, ce niveau dispose d'un vaste hall d'accueil et d'espaces de circulation.

Les étages comprennent les chambres individuelles réparties de la façon suivante :

- 1^{er} étage : 25 chambres – unité de vie protégée
- 2^e étage : 28 chambres
- 3^e étage : 28 chambres
- 4^e étage : 20 chambres

Divers espaces à usage collectifs sont présents dans l'établissement : restauration, détente, animation. Des salons spacieux sont situés à chaque étage avec une kitchenette permettant de préparer les petits déjeuner, les collations. Ils permettent de réaliser des services de repas en petit groupes à chaque niveau. Des espaces de repos et de détente sont également situés à chaque étage.

Une salle de kinésithérapie et un espace balnéothérapie se situent respectivement au 2^{ème} et 3^{ème} étage (non visités).

L'établissement a reçu un avis favorable à la poursuite de son activité le 6 novembre 2019 suite à la visite périodique de la commission communale de sécurité de la ville du Plessis Robinson.

L'EHPAD dispose de 2 ascenseurs. Un digicode permet d'accéder aux étages desservant l'unité de vie protégée. L'accès à l'unité protégée par les escaliers est également sécurisé par un digicode pour l'entrée et par un digicode pour la sortie.

L'entrée et la sortie de la résidence sont également sécurisées par un digicode et le jardin est entièrement clôturé par des grilles.

Les locaux sont entretenus par des personnels salariés de l'établissement, agents de soins logistiques et encadrés par un responsable cadre de vie. Les locaux de services (ménage, linge) situés à chaque étage sont sécurisés par un digicode ou un pass.

Les circuits propres/sales sont repérés. Des protocoles de nettoyage et un référentiel d'hygiène existent. Des plannings de nettoyage des locaux communs et de chambres sont formalisés ainsi qu'un planning de contrôle. Des formations à l'hygiène sont prévues chaque

année auprès du personnel. Cependant, la mission a observé un manque d'hygiène important dans les offices, notamment celui du 1^{er} étage et le non-respect des protocoles d'hygiène.

Les résidents disposent dans leur chambre d'un drap de bains et d'une serviette de toilette fournis par l'établissement. Le linge plat est sous-traité à un prestataire externe [REDACTED]. Les rotations se font deux fois par semaine, les lundi et jeudi.

Le linge personnel des résidents est pris en charge en interne ou par les familles selon leur choix. Deux lingères assurent cette prestation d'entretien. L'étiquetage du linge est réalisé par l'hôtesse d'accueil.

Un système d'appel malade existe sur l'établissement avec des relais d'appel des médaillons sur les téléphones portables du personnel. Il n'existe pas de système permettant de tracer la présence du personnel dans les chambres. D'autre part, il n'a pas été observé de dispositif d'appel fixe dans les chambres (tête de lit, salle de bains). De plus, aucune traçabilité des appels n'a pu être fournie par l'établissement. Celui-ci ne dispose pas d'un outil lui permettant d'identifier le délai de décroché et d'analyser les temps de réponse aux appels.

La restauration est assurée par un prestataire externe. Un planning de menu hebdomadaire est affiché dans l'établissement (rez de chaussée et ascenseurs).

Les repas sont servis le matin à partir de 7h30 pour le petit déjeuner, à 12h30 pour le déjeuner, pour le goûter à partir de 15h30, et le dîner à 18h30.

Le menu est proposé par le prestataire de restauration sur 5 semaines glissantes et revu en fonction de la saison et des goûts par une partie de l'équipe de l'établissement. Tous les lundis un « point cuisine » est réalisé pour actualiser les changements des dotations du petit déjeuner, la revue des textures ainsi que les dotations en libre accès dans les salons. Des changements sont réalisés selon les besoins. Un travail est en cours sur le « manger main » avec l'équipe de restauration [REDACTED] avec la participation de l'animatrice, de la psychomotricienne de l'établissement.

Un programme d'animation est élaboré par l'animatrice de l'établissement et affiché. L'animation est assurée par l'animatrice ainsi que différents prestataires auxquels l'établissement a recours.

Remarque n° 14 :

Les locaux de stockage, de linge ou de ménage ne sont pas identifiés. Certains servent en partie d'espace de stockage de matériel. Un local de stockage situé au 1^{er} étage n'est pas sécurisé.

Remarque n° 15 :

L'absence de surveillance de la température des réfrigérateurs des offices ainsi que le non filmage des denrées alimentaires ne sont pas conformes aux recommandations d'hygiène.

Remarque n° 16 :

Les protocoles d'hygiène et de nettoyage ne sont pas suivis dans les offices des étages.

Remarque n° 17 :

L'affichage du protocole lavage des mains est absent à chaque point d'eau.

27/58

Remarque n° 18 :

Les circuits propres/sales ne sont pas totalement identifiés. La traçabilité du nettoyage n'est pas assurée. Les contrôles ne sont pas effectifs.

Remarque n° 19 :

Le suivi du temps de déroché des appels-malade n'est pas réalisé. Les appels ne sont pas enregistrés. Il n'y a pas d'analyse du temps de réponse aux appels.

Remarque n° 20 :

Les plats servis dans les étages ou en chambre ne font pas l'objet d'une prise de température, ni de traçabilité avant service.

Remarque n° 21 :

Le programme d'animation n'est pas structuré pour associer l'ensemble du personnel, les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires.

Grille de contrôle/PEC hôtelière et de la dépendance.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O I C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
1. LES PRESTATIONS HOTELIÈRES					
Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) et systèmes d'aide à la prévention des chutes (pannes d'appui, sièges fixes ergonomiques), accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues, sécurisation des locaux techniques, sécurité incendie (CR de la CCS, affichages, formation des personnels) ? <i>Cf. Registre de sécurité</i>	C			Les locaux permettent une circulation PMR horizontale et verticale à tous les étages. Chaque étage est desservi par deux ascenseurs ainsi que des escaliers de service. L'accès à l'unité protégée du 1 ^{er} étage est sécurisé par l'escalier et par l'ascenseur. L'établissement est muni de barres d'appui dans les couloirs de circulation et le mobilier est adapté à la population accueillie. Toutes les fenêtres (chambres et espaces communs) sont munies de limitateurs d'ouverture effectifs. Les espaces extérieurs sont sécurisés. Les locaux de stockage verrouillés à chaque étage sont fermés par un pass. Il a été constaté lors de la visite que l'accès à la terrasse du 1 ^{er} étage était verrouillé en raison de problèmes de sécurité. Les locaux de stockage, de linge ou de ménage ne sont pas identifiés. Certains servent en partie d'espace de stockage de matériel. Le local « linge sale » au 1 ^{er} étage n'est pas sécurisé.	
Entretien général des locaux, nettoyage et sécurité des chambres, des parties communes et ascenseurs, des locaux collectifs, conditions pour le lavage des mains réunies ? Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ? <i>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</i>	C		R	Les locaux ainsi que les chambres visités sont propres. Des protocoles de nettoyage des chambres et des locaux collectifs existent ainsi que des outils de fragilité mais ceux-ci ne sont pas effectifs. Des toilettes du personnel avec lave main existent à chaque étage. L'affichage du protocole de nettoyage des mains est absent à chaque point d'eau. Une organisation est mise en place pour assurer le suivi des réparations et petits travaux sur un cahier à l'accueil. L'entretien est réalisé par un prestataire extérieur.	
Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attenué et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ? <i>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</i>		N		La gestion du linge plat est assurée par un prestataire extérieur. Le linge personnel des résidents (hors linge fragile) est enlevé par l'établissement par le biais d'une prestation supplémentaire pour les résidents qui le souhaitent. Les circuits de linge propre/sale sont repérés dans l'établissement mais il n'existe pas de procédure ou de formalisation des circuits de linge. La mission n'a pas constaté l'existence de recueil de l'attenué et de la satisfaction des résidents sur le ramassage, le délai de rendu du linge.	
Quelle est la fréquence des toilettes en regard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une fragilité ? Les besoins en aide pour l'habillement et les souhalls des personnes accueillies (notamment choix des vêtements) sont-ils recueillis et pris en compte ? Les tenues de jour et de nuit sont-elles différencierées ?		C	R	Un plan de soins est formalisé mais la fragilité est insuffisante. Les besoins en aide pour l'habillement et les souhalls des personnes accueillies figurent dans le projet personnalisé du résident lorsque celui-ci est réalisé. Chaque personne dispose d'un placard dans sa chambre avec ses vêtements. Une organisation particulière a été mise en place à l'unité protégée avec un dressing	

29/58

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N/NC	EIR	Commentaires	Réf.
Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnes équipées d'un bip, d'un tél portable ?	0	NC		<p>sécurisé par un digicode accessible aux professionnels ainsi qu'aux familles pour l'ensemble des résidents de l'unité afin de limiter les pertes et le mélange de linge. Cependant les personnes de cette unité qui le souhaitent peuvent également disposer de vêtements dans le placard de leur chambre.</p> <p>Les appels malades sont opérants. Les personnes qui peuvent s'en servir sont équipées de médallions. Le relai des appels est effectué sur les téléphones portables (soignants, infirmières). Des postes de soins munis de téléphone se situent à chaque étage. Le suivi du temps de décroché n'est pas réalisé. Les appels ne sont pas enregistrés. Il n'y a pas d'analyse du temps de réponse aux appels.</p>	
Prestation restauration et collation C. Pv des services vétérinaires	0			<p>La prestation restauration est réalisée sur place par un prestataire extérieur qui complète une équipe de 1 personnes.</p> <p>Des collations sont proposées en libre-service aux résidents de l'unité prolongée à différents moments de la journée.</p> <p>La liaison chaude pour les repas pris dans les étages est assurée par des bacs isothermes chauffants.</p> <p>Les plats servis dans les étages ou en chambre ne sont pas l'objet d'une prise de température, ni de l'acabillement avant service.</p>	
Les prestations externalisées font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ? rapport qualité/prix ?				<p>La mission n'a pas exploré la politique d'évaluation de l'établissement pour les prestations externalisées.</p>	
Animation : un référent ? un programme ? Le programme est-il structuré pour pouvoir associer l'ensemble du personnel (personnel de restauration, personnel d'environnement...), les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires (activité physique) ? Continuite pendant les congés ?	0			<p>Une animatrice est présente sur l'établissement.</p> <p>Un programme d'animation hebdomadaire existe, il est affiché dans l'établissement (au rez-de-chaussée).</p> <p>Le programme n'est pas structuré pour associer l'ensemble du personnel, les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires.</p>	

IV – LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

A) Organisation de la prise en soins médicaux et paramédicaux

Organisation générale

Les chambres des résidents sont réparties sur les 4 étages, le rez-de-chaussée comprenant les bureaux de la direction et les espaces de restauration et salons.

La répartition des étages est la suivante :

- 1^{er} étage : unité de vie protégée avec [redacted] résidents présentant des troubles cognitifs avec déambulation ;
- 2^{ème} étage et 3^{ème} étage avec [redacted] résidents chacun ;
- 4^{ème} étage avec [redacted] résidents, plus autonomes.

Ressources humaines et présence des professionnels en soins

L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur (MedCo) à hauteur de [redacted] ce qui respecte le temps minimal établi par la réglementation. Il dispose d'une capacité en gériatrie [redacted]

Le MedCo a rejoint l'EHPAD [redacted] Il est présent [redacted] Un projet d'augmentation de son temps de travail de [redacted] en tant que médecin prescripteur est envisagé.

Après une période de plusieurs mois sans IDEC [redacted] une nouvelle IDEC est arrivée dans la structure [redacted]. Elle a [redacted] lancé de nombreux chantiers d'amélioration (organisation des soins, sac d'urgence, circuit du médicament).

L'équipe soignante est globalement stable, avec des professionnels présents depuis plusieurs années, et satisfaits de travailler dans cette structure. Les vacataires sont également réguliers, connaissant donc pour la plupart le fonctionnement de l'EHPAD.

Il y a chaque jour [redacted] IDE sur la structure [redacted]

La journée, une équipe de [redacted] soignants (AS et AMP) travaillent sur chaque étage [redacted] sauf au 4^{ème} où il n'y a que [redacted] soignants [redacted]

La nuit une équipe de [redacted] soignants est présente [redacted]

Chaque équipe de soignants est composée d'au moins une AS diplômée. Tous les professionnels bénéficient d'1h30 de pause pendant leur journée.

Les équipes de nuit et de jour ont un temps de travail commun de 15 minutes matin et soir, permettant ainsi la réalisation de transmissions entre IDE, AS et AMP.

Formations

En dépit du contexte sanitaire complexe en 2020 et 2021, les professionnels de l'EHPAD ont bénéficié de formations (en interne ou par des intervenants extérieurs) sur différentes thématiques correspondant aux problématiques classiques en EHPAD.

Récapitulatif des formations suivies en 2020-2021 (avec le nombre de professionnels ayant suivi la formation)

		2020	2021
Gestion des troubles du comportement	Les troubles du comportement – Alzheimer [REDACTED]	1	
	Formation à la méthode Montessori [REDACTED]		11
	Troubles du comportement du sujet âgé [REDACTED]		1
	Approches non médicamenteuses [REDACTED]		1
	Gestion de l'agressivité [REDACTED]		3
	Comment communiquer – Alzheimer [REDACTED]		2
Plaies - pansements	Forum Plaies & Cicatrisations	1	
	Incontinence – Pansements [REDACTED]	21	
Hygiène	Adopter les bons gestes d'hygiène [REDACTED]	29	
	Adopter les bons gestes d'hygiène (interne)	12	
	Lavage des mains (interne)		9
	Utilisation de l'autolaveuse (interne)		7
	Bionettoyage (interne)		4
Bientraitance	La Bientraitance en EHPAD (interne)	15	
	La bienveillance de soi et des autres [REDACTED]		9
	Bientraitance [REDACTED]		2
Soins palliatifs	Soins palliatifs [REDACTED]	2	
	Nutrition niveau 1		2
Organisation des soins	Les transmissions ciblées [REDACTED]		7
	Logiciel pharmacie (interne)		4

Il n'y a actuellement pas de programme interne de formations flashs qui pourraient être dispensées aux soignants par l'IDEC, le MedCo mais aussi par l'équipe paramédicale (orthophoniste, psychomotricienne...).

Locaux et matériels

Il existe une infirmerie pour l'ensemble de l'EHPAD, située au 3^e étage et accessible via une clef que seuls les IDE possèdent. Les chariots de médicaments y sont stockés la nuit.

Il y a dans l'infirmérie des collecteurs DASRI OPCT ainsi que des cartons DASRI rigides. Les DASRI sont ensuite stockés dans un local fermé à clef au sous-sol.

Chaque étage comprend en plus des chambres des résidents une salle de soins avec un poste informatique (sauf au 4^{ème}) et une paillasse avec évier, et une réserve de matériel. Il y a une salle dédiée aux séances de kinésithérapie au 2^{ème} et une salle de balnéothérapie au 3^{ème} étage. Au 4^{ème} étage se trouve une salle de repos à destination des soignants, avec des fauteuils de sieste.

Les locaux de soins et l'infirmérie sont globalement propres et entretenus, en dehors de l'évier du poste de soins du 1^{er} étage qui était sale le jour de l'inspection.

Les professionnels interrogés nous ont dit ne ressentir aucun manque de matériel ou d'équipement de soins ou d'hygiène.

Le système d'appel-malade est composé de médailles portées par les résidents, reliés directement au téléphone des soignants (2 téléphones par étages, plus un téléphone par IDE et un téléphone pour l'IDEC recevant toutes les alarmes). Le délai de réponse des soignants au test appel-malade effectué par la mission a été immédiat.

Il n'y a actuellement pas de sac ou chariot d'urgence ni de stock tampon formalisé au sein de l'EHPAD. Néanmoins, un travail est en cours pour remédier à cette situation dans les prochaines semaines (sac disponible, liste des produits du sac et du stock tampon en cours de finalisation, s'appuyant sur une recommandation ARS).

Un défibrillateur automatisé externe est présent au rez-de-chaussée de l'établissement.

Écart n°8 :

Il n'y a pas de chariot d'urgence ni de stock tampon au sein de la structure, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article R 4312-39 du CSP.

Dossiers médicaux et dossiers de soins

Les dossiers médicaux et dossiers de soins sont essentiellement informatisés sur l'outil [REDACTED] depuis janvier 2013. L'accès à [REDACTED] est sécurisé par un identifiant et un mot de passe spécifiques à chaque professionnel. Selon le profil métier du professionnel, l'accès aux informations médicales, que ce soit en consultation ou en écriture, est plus ou moins limité. Globalement, l'outil informatique semble bien assimilé par les équipes.

L'EHPAD est équipé de plusieurs postes informatiques, à la fois dans l'infirmérie et à chaque étage sauf au 4^{ème}. Un projet d'installation d'un poste informatique au 4^{ème} étage, ainsi que la mise en service de tablettes, devraient voir le jour, permettant aux soignants de tracer en continu les soins réalisés et médicaments administrés.

Ces dossiers informatisés sont complétés par des dossiers « papiers », qui recensent tous les documents reçus dans ce format, tels que des ordonnances, des comptes rendus

d'hospitalisation... rangés dans des armoires fermées à clé au sein d'un local digicodé au 3^{ème} étage.

Les dossiers de liaison d'urgence sont édités à partir du logiciel [REDACTED] avec consignes dans la procédure de vérifier l'ordonnance avant l'envoi.

Organisation des soins

La programmation des soins s'appuie sur deux types d'outils :

- Des fiches de tâches qui détaillent, pour chaque fonction (IDE, AS, AMP), le déroulement-type d'une journée ; une actualisation de ces fiches de poste est en cours par l'IDEC.
- Les plans de soins détaillés édités quotidiennement sur [REDACTED] qui recensent précisément ce qui est attendu pour chaque résident.
- Une fiche récapitulative de la répartition des toilettes par soignant sur chaque étage est en cours de finalisation par l'IDEC, de façon à harmoniser les charges de travail.

Après que les soins aient été réalisés, chaque professionnel est censé se connecter sur un poste informatique et tracer tous les soins réalisés.

En pratique, la mission a retrouvé une traçabilité lacunaire concernant les soins d'hygiène (aide à la toilette, habillage, déshabillage, repas), variant entre 43 et 100% des soins prévus non signés.

Remarque n° 22 :

La traçabilité des soins, en particulier de la part des AS/AMP, est très insuffisante.

Coordination au sein de l'équipe soignante

Des transmissions orales entre les équipes de jour et de nuit sont permises par une organisation des horaires d'arrivée et de départ des soignants de jour décalée entre eux. Par ailleurs, les transmissions se font également sur [REDACTED] ainsi qu'a pu le vérifier l'équipe d'inspection. Les soignantes et IDE de jour formalisent également des transmissions sur [REDACTED]

Il n'existe pas de réunions d'analyse des pratiques, mais des supervisions par la psychologue d'un autre EHPAD de la fondation devraient être instaurés dans les prochains mois.

Les personnels soignants interrogés étaient globalement satisfaits de la communication au sein de l'EHPAD.

Rôle du médecin coordonnateur

Suite aux différents entretiens, la mission a constaté que le MedCo était très disponible pour les équipes soignantes en cas de problème médical intercurrent des résidents, et ce indépendamment du degré d'urgence, palliant ainsi les difficultés de l'EHPAD à faire intervenir

les médecins traitants sur la structure. Il assure également le suivi médical d'une dizaine de résidents ne trouvant pas de médecin traitant.

Cette activité de soins occupe une part importante du temps de travail du MedCo, rendant difficile la réalisation des missions de coordination qui lui sont confiées. L'absence d'IDEC en [redacted] a également contribué aux difficultés à assurer ses missions.

En pratique, le MedCo participe aux processus d'admission, en donnant un avis sur les admissions des personnes à accueillir, en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'EHPAD, et participe à la visite de préadmission. Il est également impliqué dans l'élaboration du projet de vie des résidents, notamment sur le volet soin, ainsi que dans la coordination avec les acteurs de santé du territoire pour fluidifier le parcours de santé des résidents.

Le MedCo nous a indiqué ne pas avoir mené d'actions d'information et de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement sur les thématiques du soin. Il n'a pas non plus pu entreprendre une mise à jour des protocoles de soins ou une restructuration du circuit du médicament.

Les travaux d'élaboration du nouveau projet d'établissement n'ayant pas encore été enclenché (le dernier datant de 2015), le MedCo ne s'est pas impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet général de soins.

Enfin, il n'a pas pu s'investir dans l'évaluation de la qualité des soins, notamment dans le circuit des EIG et la réalisation de réunions d'analyse.

Un projet de révision de son contrat, avec ajout de [redacted] de temps de médecin prescripteur, est en cours de discussion.

Remarque n° 23 :

L'organisation actuelle du temps de travail du MedCo ne lui permet pas de remplir l'ensemble des missions de coordination médicale de l'article D312-158 du CASF (modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 - art. 2), notamment sur les points suivants :

« 1°. Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ; »

B) Qualité de prise en charge médicale et soignante

Procédures et protocoles

L'EHPAD dispose de quelques procédures et protocoles dans le domaine de la prise en charge médicale et soignante :

- Protocole « admission » datant du 08/03/2012 actualisée le 18/03/2015 ;
- Protocole « maltraitance » datant du 17/01/2014 ;
- Protocole « douleur » datant du 03/04/2013 ;

35/58

- Protocole « CAT en cas d'urgence et retour d'hospitalisation » du 22/03/2021 ;
- Protocole « bain thérapeutique » du 06/01/2015 ;
- Procédure de dépistage et de prise en charge de la dénutrition du 23/01/2013 actualisée le 13/02/2019 ;
- Procédure de « contention en établissement sanitaire et médico-social » datant du 14/12/2011 ;
- Protocole prise en charge des chutes datant du 28/03/2019 ;
- Procédure « traitement non médicamenteux des troubles du comportement en EHPAD » datant du 01/09/2014 ;
- Protocole de traitement des escarres datant du 28/03/2019 ;

Certaines de ces procédures n'ont pas été révisées depuis plusieurs années, et ne sont donc plus forcément adaptées à la situation de l'établissement ou aux connaissances médicales. De plus, ces procédures ne sont pas accessibles aux soignants concernés (pas de classeur de protocoles dans les étages, ni d'accès informatique) ni connus des équipes. Ce point était pourtant un objectif du précédent projet d'établissement 2015-2020 (*Finaliser et déployer les protocoles de soins manquants auprès des équipes et Mettre à disposition l'ensemble des protocoles sur [redacted]*).

Aussi, dans l'infirmérie et dans les postes de soins, la mission a observé l'affichage d'un protocole « accident d'exposition au sang », mais pas de fiche réflexe « urgences vitales », ni « conduite à tenir en cas de fausse route » (notamment dans les lieux de restauration).

Remarque n°24 : Les procédures de soins ne sont pas toutes à jour et ne sont pas correctement diffusées (classeur, outil informatique, formations, affichage des protocoles d'urgence...) et appliquées par équipes.

Suivi médical des résidents

Dix-neuf médecins traitants interviennent dans la résidence, d'après les données [redacted]. Malgré ce nombre important, une dizaine de résidents ne trouvent pas de médecin traitant, c'est donc le MedCo qui assure actuellement leur suivi médical. Un projet d'ajouter un temps de médecin prescripteur [redacted] est en discussion, de façon à régulariser cette situation.

Le nombre important de médecins traitants intervenant dans l'EHPAD, certains suivant un ou deux résidents et d'autres une vingtaine, ne facilitent pas le travail de lien et de coordination du MedCo.

Suivi en rééducation

[redacted] interviennent dans l'EHPAD, prenant en charge près de [redacted] des résidents. Il n'y a pas d'APA sur la structure.

Seuls 16 résidents ont une prescription sur [redacted] réalisée soit par le médecin traitant soit par le MedCo, mais la mission n'a pas pu vérifier la présence d'ordonnances papier dans les dossiers.

La mission n'a pas retrouvé de bilan initial de kinésithérapie dans [] ni de bilan trimestriel, mais les kinésithérapeutes réalisent un mot d'évolution de la prise en charge mensuelle.

Écart n° 9 :

La traçabilité de la kinésithérapie n'est pas correctement réalisée. On retrouve des mots d'évolution mensuels mais très peu de bilans initiaux et quasiment pas de bilans intermédiaires. Ce mode de fonctionnement ne respecte pas l'article R. 4321 du CSP⁶.

L'EHPAD bénéficie de la présence d'une psychomotricienne [] intervenant à la fois sur le PASA mais également pour les autres résidents de l'EHPAD.

Une orthophoniste libérale intervient une demi-journée par semaine au sein de l'établissement, permettant ainsi de faire des bilans orthophoniques prescrits par les médecins traitants ou le MedCo, notamment pour les patients à risque de fausse route, et de réaliser des séances de rééducation.

Gestion du volet médical et soignant à l'admission

La mission a eu connaissance de la procédure « admission » datant du 08/03/2012 actualisée le 18/03/2015, décrivant les différentes étapes entre la première demande d'admission et le mois suivant l'arrivée dans l'EHPAD. Néanmoins, elle n'a pas été actualisée depuis plusieurs années, et ne mentionne pas des évaluations systématiques évoquées dans d'autres protocoles ou dans le projet d'établissement (nutrition, escarres, chutes...).

Une observation d'entrée est systématiquement réalisée par le MedCo au décours de la visite de préadmission, rappelant l'histoire de la personne, les principales pathologies du futur résident et les points d'attention sur la prise en charge. Des évaluations par la psychologue, l'orthophoniste ou les IDE sont ensuite réalisées en fonction des besoins. Les évaluations de l'état nutritionnel (score MMA) et du risqué de chute, pourtant prévues en systématique dans les protocoles de l'EHPAD ou dans le projet de soins, ne sont pas réalisés de façon systématique à l'admission du résident.

Remarque n° 25 :

Le bilan gériatrique d'admission ne fait pas l'objet d'une procédure ou d'une checklist et n'est pas aussi exhaustif que celui recommandé par les bonnes pratiques professionnelles⁷.

⁶ Article R. 4321-2 du CSP : « *Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.* »

⁷ Recommandation de réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée dans le rapport de la HAS de mai 2015 « Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie »

Évaluations cognitive et psychologique

La consultation des dossiers [redacted] des résidents a permis d'objectiver l'utilisation régulière par la psychologue d'échelles d'évaluations telles que le MMS⁸, le test des 5 mots de Dubois, et le NPI-ES⁹.

En pratique, la mission a observé que tous les résidents de l'UVP avaient bénéficié d'une évaluation par MMSE dans les 12 mois précédent (en dehors d'un résident entré depuis moins d'un mois). Aussi, sur les 20 résidents de l'UVP le jour de l'inspection, seuls quatre n'avaient pas bénéficié d'une évaluation des troubles du comportement par la NPI-ES dans les 12 mois précédent (dont 2 arrivés depuis moins d'un mois).

Sur l'ensemble des résidents, 74 avaient à minima une évaluation cognitive par MMSE réalisée au sein de l'EHPAD sur les 24 derniers mois.

Santé alimentaire / nutrition

La procédure prévoit à l'admission de tout nouveau résident une mesure du poids et de la taille et une évaluation du risque de dénutrition par le MNA¹⁰. Il avait également été proposé dans le projet d'établissement 2015-2020 de systématiser le dosage d'albumine lors de l'admission puis annuellement. En pratique à l'examen des dossiers, la mission d'inspection a retrouvé la pesée et un dosage d'albumine (mais pas dès l'entrée), mais pas de MNA.

Concernant le suivi des résidents sur le plan nutritif, la procédure de l'EHPAD prévoit à minima une pesée mensuelle de chaque résident (et une fréquence plus élevée à la demande du médecin traitant ou du MedCo). En pratique, l'absence d'IDEC en 2021 a rendu difficile le suivi mensuel du poids, qui était effectué irrégulièrement. Néanmoins, tous les résidents ont été pesés en 2022 (donc dans les 5 semaines précédent l'inspection).

La plupart des résidents ([redacted]) sont identifiés par l'outil informatique comme à risque de dénutrition.

Il existe bien un recensement de l'ensemble des régimes et textures pour la totalité des résidents en format papier, en cours de réactualisation par l'IDEC, avec un affichage dans chaque salle de restauration. En revanche, l'information n'est disponible sur [redacted] que pour [redacted] résidents ([redacted]).

Suivi et gestion de la douleur

[redacted]

Uniquement 3 évaluations standardisées de la douleur ont été retrouvées sur [redacted] sur les 2 derniers mois pour l'ensemble des résidents, ces 3 évaluations utilisant des échelles différentes. Cependant, sur la même période, la mission a retrouvé pour l'ensemble des résidents 120 transmissions [redacted] évoquant la douleur du résident, témoignant d'une prise en compte de la dimension douleur dans la prise en charge au quotidien, mais sans

⁸ MMS : mini mental state (évaluation des troubles cognitifs)

⁹ NPI-ES : inventaire neuropsychiatrique-équipe soignante (évaluation des symptômes comportementaux des démencés)

¹⁰ MNA : Mini Nutritional Assessment à 6 items

évaluations standardisées ni suivis des recommandations de bonnes pratiques (réévaluation après prise d'antalgique...).

Écart n° 10 :

Le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment structuré. Cette évaluation relève pourtant du rôle propre de l'infirmière (décret n°2002-194 du 11 février 2002) et est prévue par les articles D344-5-3 du CASF et L. 110-5 du CSP.

Plaies, pansements et cicatrisation

La mission a observé la présence d'un chariot de matériel de pansement à chaque étage (celui de l'UVP peut être fermé).

Aucune évaluation standardisée du risque d'escarre (via les échelles de Braden ou de Norton) n'a été retrouvée dans les dossiers [redacted] des résidents sur l'année 2021 par la mission d'inspection.

La mission rappelle que les bonnes pratiques indiquent de réaliser au plus tôt cette évaluation lors de l'admission d'un nouveau résident, et à minima dans les quinze jours, les escarres pouvant s'installer très rapidement¹¹.

Les entretiens avec le MedCo et l'IDEC, ainsi que la consultation des transmissions [redacted] témoignent de la mise en œuvre régulière, au besoin, d'actions préventives, telles la surveillance cutanée des zones à haut risque et le choix d'un support adapté. La structure a facilement recours, lorsqu'ils sont indiqués, à l'utilisation de matelas anti-escarre à air dynamique, dont la commande se fait par un prestataire externe, avec réception en moins de 24h.

Les équipes de soins organisent la prévention par des manœuvres de positionnement réguliers et d'effleurage, avec des huiles de protection cutanée, des zones à haut risque de survenue d'escarre.

L'équipe d'inspection a relevé sur [redacted] transmissions sur les 3 derniers mois concernant la réalisation de pansement. L'absence d'utilisation des fiches de suivi de pansement de l'outil [redacted] nuit à la qualité et à l'exhaustivité des informations retrouvées (aspect local de la plaie et de la peau périphérique, l'existence ou non de douleur à la réfection du pansement, protocole de soins locaux). De même, aucune photo des plaies pour faciliter le suivi n'a été retrouvée dans [redacted]

Remarque n° 26 :

La réalisation d'une évaluation du risque de survenue d'escarre par une échelle standardisée dans les quinze jours suivant l'entrée du résident dans l'EHPAD n'est pas effectuée.

La traçabilité des soins de plaies/pansements n'est pas assez structurée.

¹¹ Guide DGS/DGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » d'octobre 2007, pages 52-53

Gestion des chutes

L'EHPAD dispose d'un protocole chutes, qui prévoit une déclaration systématique de celles-ci sur l'outil [redacted] par les personnels qui la constatent (le plus souvent les AS), qui ont pour consigne d'appeler systématiquement l'IDE lorsqu'elle est présente sur l'établissement. L'IDEC nous a également fourni un guide pratique de déclaration des chutes dans [redacted] notamment à destination des vacataires.

La mission d'inspection a pu constater que de nombreuses fiches de chute étaient correctement complétées dans l'outil informatique ([redacted] fiches sur les 3 derniers mois). Un réunion pluridisciplinaire d'analyse des chutes (« commission chutes »), regroupant IDEC, MedCo, kinésithérapeute et psychomotricien, se tient mensuellement, afin d'identifier d'éventuels problèmes récurrents qui pourraient être détectés par leur fréquence et/ou de définir des axes de prises en charge pour les résidents ayant chuté à plusieurs reprises. Des ateliers « prévention des chutes et équilibre » sont organisés par les professionnels dont la psychomotricienne.

Contentions

L'EHPAD nous a transmis une procédure « contention en établissement sanitaire et médico-social » datant du 14/12/2011.

D'après les informations figurant sur [redacted] seulement [redacted] résidents ont été sous contention en 2021 (uniquement des grenouillères).

Les différents professionnels interrogés ont confirmé le faible recours aux contentions au sein de la structure. Néanmoins, l'absence de prescription de barrières de lits interroge la mission, et pourrait s'expliquer soit par l'absence totale de recours à ce dispositif, soit par la non exhaustivité des prescriptions de contentions.

Il est important de noter que la structure est très engagée dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement, avec entre autres l'utilisation de la méthode Montessori, des propositions de séances Snoezelen et de balnéothérapie, l'ouverture d'un PASA.

Soins palliatifs

Les situations de soins palliatifs sont régulièrement gérées au sein de l'EHPAD. Pour ce faire, il existe un partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs [redacted] ainsi qu'une convention avec l'HAD [redacted].

La question des directives anticipées est systématiquement évoquée par la psychologue lors de la visite de préadmission, mais très peu de résidents en ont rédigées à l'entrée.

Suite aux différents échanges avec les professionnels de la structure, il ne semble pas avoir de travail spécifiquement réalisé au cours du séjour pour encourager les résidents à rédiger

des directives anticipées, ni pour sensibiliser les médecins traitants à cette question importante.

Remarque n°27 :

Les directives anticipées sont peu recueillies au sein de l'EHPAD, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Point sur le fonctionnement du PASA

Pour son fonctionnement, le PASA peut s'appuyer sur une assistante de soins en gérontologie (ASG), une animatrice, une psychomotricienne et une psychologue. Une réunion mensuelle réunit les professionnels intervenant au PASA, le MedCo et l'IDEC. Les séances au PASA sont bien tracées dans les transmissions de [redacted]

[redacted] de résidents sont suivis par le PASA, répartis en 4 groupes selon leur profil cognitif. Les résidents sont accueillis entre 1 et 5 demi-journées par semaine.

Le jour de l'inspection, le PASA était en activité, avec un programme de fonctionnement bien organisé et une liste de résidents y participant bien définie.

Le MedCo participe à l'évaluation des résidents susceptibles de bénéficier du PASA, mais n'intervient pas dans l'élaboration des programmes d'activités.

Analyse de l'activité

Un rapport annuel d'activité médicale (RAMA) portant sur l'année 2021 a été transmis à l'équipe d'inspection. Cependant, il ne s'agit que d'un export [redacted] (aucune case manuelle n'a été remplie), le MedCo nous confirmant ne pas avoir participé à l'élaboration du RAMA 2021.

Cette approche de l'analyse de l'activité médicale et soignante de l'EHPAD ne constitue pas un véritable outil de pilotage au service de l'EHPAD tel qu'il est conçu dans des établissements comparables et tel qu'il a pu être formalisé dans certaines bonnes pratiques¹².

Remarque n° 28 :

Le RAMA 2021 de l'EHPAD n'est qu'un export [redacted] et ne présente pas d'analyse de l'activité et des pratiques médicales et soignantes, ni l'évolution de la dépendance des résidents.

¹² L'ARS Pays de la Loire propose une trame de RAMA. Elle identifie six éléments prioritaires à intégrer dans le rapport : 1) la participation du médecin coordonnateur à la politique de l'établissement (réunions, instances, programme de formation, admissions) ; 2) la rédaction et le suivi du projet de soins ; 3) l'application des bonnes pratiques par les professionnels de l'établissement et les professionnels extérieurs à l'Ehpad ; 4) la sécurisation du circuit du médicament ; 5) la prévention de la iatrogénie ; 6) des indicateurs de résultats pour mesurer l'impact des actions sur la santé des résidents accueillis dans l'Ehpad.

Écart n°11 :

Le MedCo n'a pas assuré la coordination du RAMA 2021, contrairement à ce que prévoit l'article D312-158 du CASF modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 dans son article 2.

C) Partenariats et commission de coordination gériatrique

Conventions de partenariat

L'EHPAD a signé une convention de partenariat en 2013 avec les filières gériatriques des [REDACTED]

En pratique, l'établissement travaille facilement avec l'équipe mobile de gériatrie [REDACTED] notamment pour l'évaluation et la prise en charge des résidents avec des troubles du comportement. Les hospitalisations, notamment en gériatrie aigüe, se font préférentiellement [REDACTED]

Urgences

Une convention a été signée en 2012 avec [REDACTED] un groupe médical spécialisé dans les visites en urgence. Cette convention n'a pas de date de fin de validité.

Les résidents nécessitant un transfert aux urgences sont adressés au [REDACTED]

Psychiatrie

Aucune convention concernant ces établissements n'a été transmise. D'après les entretiens avec les professionnels de l'EHPAD le recours à un psychiatre pour les résidents est très complexe. Néanmoins, il peut être fait appel à l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé de [REDACTED] mais qui n'intervient que pour des résidents ayant des capacités cognitives conservées (MMS > 20).

Hospitalisation à domicile et soins palliatifs

En matière d'hospitalisation à domicile (HAD) et de soins palliatifs, l'EHPAD a signé plusieurs conventions, toutes en cours de validité :

- HAD [REDACTED] avec la particularité d'avoir un pôle « dossiers dormants » permettant une activation de l'HAD plus rapide en cas de nécessité ;
- [REDACTED] pour les soins palliatifs ;

Commission de coordination gériatrique

Il n'y a pas eu, en 2021, de réunion de la commission de coordination gériatrique. Le turn-over sur le poste de MedCo ainsi que la crise Covid ont sans doute pénalisé la tenue de ce type de réunions.

Cependant, celles-ci doivent réglementairement se tenir au moins une fois par an, présidées par le MedCo.¹³

Écart n°12 :

L'EHPAD n'a pas organisé de réunion de la commission de coordination gériatrique en 2020, contrairement à ce que prévoit l'article D312-158 du CASF modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 dans son article 2.

D) Circuit du médicament

Convention

Une convention a été signée avec la Pharmacie [redacted] en 2009 et est toujours en cours de validité.

Elle n'est néanmoins pas à jour concernant les conditions de livraison et de préparation des doses à administrer (PDA) et n'aborde pas certains points importants notamment la gestion des stupéfiants et les modalités de récupération des médicaments périmés. D'après les échanges avec les professionnels, la pharmacie est impliquée dans ce partenariat avec l'EHPAD, par exemple dans l'analyse pharmaceutique des ordonnances. La mission n'a cependant pas eu connaissance de réunions d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine ou d'analyse du circuit du médicament.

Procédures

Deux procédures sur le circuit du médicament ont été transmises à la mission d'inspection, mais ne sont plus vraiment d'actualité :

- Protocole « administration des médicaments » datant du 15/08/2012 actualisé le 01/06/2014 ;
- Circuit du médicament : description et organisation datant du 20/09/2012 actualisé le 01/06/2014 ;

La procédure du circuit du médicament est largement obsolète (modalités de la PDA et de livraison notamment) ou non respectée (dotation soins urgents, traçabilité, gestion des médicaments non utilisés, fiche de signalement des non-conformités...).

La mission n'a pas eu connaissance d'une liste des médicaments à utiliser préférentiellement à destination des médecins traitants et médecins prescripteurs.

¹³ Article D312-158 modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 - art. 2

"Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : ...

3^e Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an."

Remarque n° 29 :

En n'ayant pas procédé à l'actualisation de la convention avec la pharmacie ni des procédures décrivant les différentes étapes du circuit du médicament, l'établissement ne dispose pas de deux éléments constitutifs de la qualité de ce circuit.

Évaluation du circuit du médicament

Prescription

Un important travail d'informatisation des prescriptions est en cours sur la structure.

En effet, avant 2022, les prescriptions n'étaient pas systématiquement reportées dans [redacted] les IDE devaient donc toujours se reporter aux ordonnances papier, ces dernières faisant foi.

Depuis 2022, une nouvelle organisation est mise en place :

- Mise en place d'un classeur de prescriptions par étage, avec pour chaque résident la prescription [redacted] imprimée et les ordonnances papier en cours. L'objectif à court terme est de ne conserver dans ce classeur que les prescriptions non encore intégrées dans [redacted] (au retour d'une hospitalisation ou d'une consultation externe) ;
- Mise à jour progressive des prescriptions dans [redacted] par le MedCo ;
- Traçabilité de l'administration par les IDE dans [redacted]

La commande à la pharmacie nécessite de faxer les ordonnances (celles de [redacted] et les ordonnances non encore intégrées dans [redacted]).

Remarque n° 30 :

En utilisant des supports multiples pour les prescriptions, la structure entretient un risque d'erreur lié au circuit du médicament, et empêche la traçabilité exhaustive de l'administration des traitements.

Dispensation et préparation des doses à administrer

La pharmacie assure la dispensation des médicaments. Pour les formes galéniques qui l'autorisent, la pharmacie réalise une préparation des doses à administrer (PDA) par déconditionnement puis reconditionnement par ensachage. Elle délivre des rouleaux de dispensation nominative (« escargots ») pour une semaine de traitement. Leur étiquetage est complet.

Livraison, stockage et contrôle

Chaque étage est livré un jour différent de la semaine.

Une première vérification est faite par la pharmacie avant livraison, l'IDE effectue une seconde vérification de la conformité de la livraison hebdomadaire par rapport à l'ordonnance.

Les rouleaux de dispensation sont stockés dans les tiroirs des chariots de distribution (avec système de fermeture à clef), les rouleaux de plusieurs patients étant dans un même emplacement. Les médicaments non éligibles à la PDA sont stockés soit dans le chariot de distribution pour ceux en cours d'utilisation, soit dans les casiers nominatifs, au sein de

l'armoire de l'infirmérie (non fermable à clef). Ces casiers sont bien identifiés aux nom, prénom et numéro de chambre des résidents mais n'ont pas la photo des résidents.

De nouveaux chariots de médicaments devraient être livrés dans les prochaines semaines, permettant de stocker dans des casiers individuels à la fois les rouleaux de dispensation et les médicaments non éligibles à la PDA.

Un réfrigérateur, situé dans l'infirmérie, est dédié au stockage des produits thermosensibles. Son enceinte est propre, avec une fiche de traçabilité de l'entretien mensuel et de la vérification des péremptions mensuelles à jour. En revanche, aucun relevé de température, faisant pourtant partie des bonnes pratiques¹⁴, n'a été réalisé (cette fiche a pourtant été créée par l'IDEC et devrait être mise en fonctionnement dans les prochains jours).

Les médicaments stupéfiants sont stockés dans un coffre, au sein de la pharmacie. L'accès au coffre se fait à l'aide d'un code. À l'intérieur, des boîtes de médicaments délivrées pour des résidents sont unies entre elles par un élastique et un reçu provenant de la pharmacie permet d'identifier le résident. Un registre de traçabilité des médicaments stupéfiants est en service.

A noter qu'il existe un stock important au sein de l'infirmérie de médicaments non utilisés (traitements arrêtés, résidents sortis...), qui ne fait pas l'objet d'un suivi régulier ni d'une liste définie comme devrait le faire un stock tampon. La pharmacie ne semble donc reprendre les traitements non utilisés comme inscrit dans la convention. Un important travail d'inventaire, de rangement et d'utilisation de ce stock est mené par l'IDEC, en parallèle de la constitution et de la formalisation du stock tampon.

Remarque n°31 :

L'absence de surveillance de la température de l'enceinte réfrigérée dédiée au médicament n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques (Cclin Sud-ouest, 2006 « préparation et administration des médicaments dans les unités de soins : bonnes pratiques d'hygiène »).

Ecart n° 13 :

La présence dans l'établissement de médicaments autres que ceux attribués nominativement aux résidents pour leur traitement en cours et ceux détenus dans l'établissement au titre du stock de médicaments pour soins urgents n'est pas conforme aux dispositions de l'article L5126-6 du code de la santé publique. Par ailleurs, il n'existe pas de liste de médicaments pour soins urgents tel que prévu à l'article L5126-6 du code de la santé publique pouvant justifier la présence de médicaments non attribués.

¹⁴ Le guide ARS Auvergne Rhône Alpes de 2017 intitulé « Sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) » précise en p. 16 : « Les médicaments thermosensibles doivent être conservés dans une enceinte réfrigérée, dédiée, de volume adapté, convenablement entretenue (nettoyage, dégivrage), dont la température (entre + 2°C et + 8°C) doit être régulièrement contrôlée et enregistrée. »

Distribution et administration

La distribution des médicaments est faite par les IDE. Il existe sur chaque chariot de distribution des médicaments un trombinoscope des résidents de l'étage, avec identification de ceux pour lesquels les médicaments doivent être écrasés. La mission n'a pas eu connaissance d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.

Les procédures liées au circuit du médicament prévoient un encadrement de la délégation des IDE vers les soignants. Il n'y a pas d'actions de formation/sensibilisation organisées dans le cadre de cette délégation de tâche et ni de liste de professionnels AS/AMP habilités à la distribution des médicaments.

La traçabilité de la prise est effectuée en fin de cycle de distribution, donc à distance de la prise, ce qui ne correspond pas aux bonnes pratiques. Cette traçabilité est toujours effectuée par les IDE alors qu'il est recommandé qu'elle le soit par la personne ayant assuré l'administration.

La traçabilité dans [redacted] semble très insuffisante au sein de la structure. La non exhaustivité de l'ordonnance [redacted] par rapport aux ordonnances papiers est un frein majeur à la bonne traçabilité, et un risque important d'erreurs médicamenteuses. Il a été observé à plusieurs reprises dans les dossiers [redacted] une transmission indiquant « ttt donné » au lieu d'une validation de la prise.

Remarque n° 32 :

L'organisation de la délégation de tâches pour l'administration de médicaments dans le cadre de l'aide aux soins et aux actes de la vie courante ne respecte pas les bonnes pratiques d'administration des médicaments¹⁵.

Remarque n° 33 :

La traçabilité de l'administration des médicaments est très insuffisante, en partie à cause de l'absence d'exhaustivité des prescriptions [redacted]

¹⁵ Le guide ARS Auvergne Rhône Alpes de 2017 intitulé « Sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) » précise en p. 22 : « *Dans le cas où l'aide à la prise d'un médicament est réalisée en tant qu'acte de la vie courante, il convient de s'assurer de l'aptitude de la personne qui en est chargée* »

CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD « les Quatre saisons », géré par la Fondation Partage et Vie a été réalisée de façon inopinée le 11 février 2022.

L'impression globale de la mission a été bonne, avec une ambiance de travail apaisée, une équipe impliquée, et une prise en charge bienveillante des résidents. Le directeur nous a fait part du climat très lourd et injuste pour les équipes suite à la parution du livre « les Fossoyeurs », avec des familles particulièrement suspicieuses et inquiètes. Ce climat fragilise la confiance des familles dans l'accompagnement effectué par les professionnels.

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

– **D'organisation des ressources humaines :**

Ecart n°1 :

Le document unique de délégation du directeur n'est pas porté à la connaissance du conseil de la vie sociale comme mentionné à l'article D. 312-176-5 CASF.

Remarque n° 1 :

Le taux de rotation élevé de l'équipe de direction dans les dernières années a contribué à fragiliser le pilotage de l'établissement et la mise en place d'une démarche qualité.

Remarque n°2 :

Le planning de soins présente une fragilité sur une durée de 15 minutes, de 7h à 7h15 avec la présence d'une seule personne sur l'établissement.

Remarque n° 3 :

Les soignants émargent leur fin de prise de poste en anticipé.

Remarque n° 4 :

Les modalités prévues pour assurer la permanence de direction et les astreintes ne font pas l'objet d'une procédure formalisée et portée à la connaissance du personnel de l'établissement.

Remarque n°5 :

Les modalités de remplacement du directeur de l'établissement « les Quatre saisons » avec les autres membres de l'équipe d'encadrement ne sont pas définies, ni formalisées.

Remarque n°6 :

Il n'existe pas de procédure précisant les modalités de remplacement sur l'établissement.

Remarque n°7 :

Aucune analyse de la pratique n'est actuellement mise en place sur l'établissement.

Remarque n°8 :

Les présences ne sont pas contrôlées à chaque changement de service.

– **De respect des droits des résidents :**

Ecart n°2 :

Le projet d'établissement n'est plus actualisé conformément à l'article L 311.8 du CASF

Ecart n° 3 :

Les familles participent peu aux instances et les fréquences de réunions (CVS) sont insuffisantes. Le CVS doit se réunir au moins trois fois par an, conformément à l'article 15 mentionné au Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004.

Ecart n°4 :

La gestion et le suivi des EIG ne sont pas conformes aux articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016. Aucune formation régulière n'est dispensée au personnel sur la gestion des EI/EIG:

Ecart n°5 :

Les EIG ne font pas systématiquement l'objet d'un signalement aux autorités ARS et Conseil départemental conformément l'article 434-3 du Code Pénal.

Ecart n°6 :

Les EIG associées aux soins ne sont pas traités de manière distincte. La déclaration des infections associées aux soins n'est pas organisée conformément aux articles L. 1413-14 du CSP, R. 1413-68 du CSP et R. 331-9 du CASF, L. 1413-14 et R.1413-79 du CSP.

Ecart n°7 :

Il n'existe pas de démarche interne d'incitation au signalement conformément à l'article L. 313-24 CASF.

Remarque n°9 :

Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé.

Remarque n° 10 :

De nombreuses irrégularités ont été relevées dans les dossiers des résidents : incomplets, contrat de séjour non signés, annexes manquantes. Leur format n'est pas homogène.

Remarque n°11 :

Les affichages obligatoires sont absents : liste des personnes qualifiées, numéro national ALMA maltraitance, l'affiche attentat, panneau interdiction de fumer.

Remarque n°12 :

Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations. Les signalements ne sont ni documentés, ni centralisés ni analysés. Aucun bilan n'est réalisé.

Remarque n°13 :

Les EI/EIG ne font pas l'objet d'analyse, et aucun bilan n'est réalisé par l'établissement.

– De prise en charge hôtelière et de la dépendance :

Remarque n°14 :

Les locaux de stockage, de linge ou de ménage ne sont pas identifiés. Certains servent en partie d'espace de stockage de matériel. Un local de stockage situé au 1^{er} étage n'est pas sécurisé.

Remarque n° 15 :

L'absence de surveillance de la température des frigos des offices ainsi que le non filmage des denrées alimentaires ne sont pas conformes aux recommandations d'hygiène.

Remarque n° 16 :

Les protocoles d'hygiène et de nettoyage ne sont pas suivis dans les offices des étages.

Remarque n° 17 :

L'affichage du protocole lavage des mains est absent à chaque point d'eau.

Remarque n° 18 :

Les circuits propres/sales ne sont pas totalement identifiés. La traçabilité du nettoyage n'est pas assurée. Les contrôles ne sont pas effectifs.

Remarque n°19 :

Le suivi du temps de décroché n'est pas réalisé. Les appels ne sont pas enregistrés.

Il n'y a pas d'analyse du temps de réponse aux appels.

Remarque n°20 :

Les plats servis dans les étages ou en chambre ne font pas l'objet d'une prise de température, ni de traçabilité avant service.

Remarque n°21 :

Le programme n'est pas structuré pour associer l'ensemble du personnel, les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires.

- De qualité et de sécurité des soins :

Écart n°8 :

Il n'y a pas de chariot d'urgence ni de stock tampon au sein de la structure, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article R 4312-39 du CSP.

Écart n° 9 :

La traçabilité de la kinésithérapie n'est pas correctement réalisée. On retrouve des mots d'évolution mensuels mais très peu de bilans initiaux et quasiment pas de bilans intermédiaires. Ce mode de fonctionnement ne respecte pas l'article R. 4321 du CSP¹⁶.

Écart n° 10 :

Le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment structuré. Cette évaluation relève pourtant du rôle propre de l'infirmière (décret n°2002-194 du 11 février 2002) et est prévue par les articles D344-5-3 du CASF et L. 110-5 du CSP.

Écart n°11 :

Le MedCo n'a pas assuré la coordination du RAMA 2021, contrairement à ce que prévoit l'article D312-158 du CASF modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 dans son article 2.

Écart n°12 :

L'EHPAD n'a pas organisé de réunion de la commission de coordination gériatrique en 2020, contrairement à ce que prévoit l'article D312-158 du CASF modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 dans son article 2.

Écart n° 13 :

La présence dans l'établissement de médicaments autres que ceux attribués nominativement aux résidents pour leur traitement en cours et ceux détenus dans l'établissement au titre du stock de médicaments pour soins urgents n'est pas conforme aux dispositions de l'article L5126-6 du code de la santé publique. Par ailleurs, il n'existe pas de liste de médicaments pour soins urgents tel que prévu à l'article L5126-6 du code de la santé publique pouvant justifier la présence de médicaments non attribués.

Remarque n° 22 :

La traçabilité des soins, en particulier de la part des AS/AMP, est très insuffisante.

Remarque n° 23 :

L'organisation actuelle du temps de travail du MedCo ne lui permet pas de remplir l'ensemble des missions de coordination médicale de l'article D312-158 du CASF (modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 - art. 2), notamment les points suivants : «

- 1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre
- 5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
- 8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. »

¹⁶ Article R. 4321-2 du CSP : « Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. »

Remarque n°24 :

Les procédures de soins ne sont pas toutes à jour et ne sont pas correctement diffusées (classeur, outil informatique, formations, affichage des protocoles d'urgence...) et appliquées par équipe.

Remarque n° 25 :

Le bilan gériatrique d'admission ne fait pas l'objet d'une procédure ou d'une check-list et n'est pas aussi exhaustif que celui recommandé par les bonnes pratiques professionnelles¹⁷.

La réalisation d'une évaluation du risque de survenue d'escarre par une échelle standardisée dans les quinze jours suivant l'entrée du résident dans l'EHPAD n'est pas effectuée.

La traçabilité des soins de plaies/pansements n'est pas assez structurée.

Remarque n° 26 :

La réalisation d'une évaluation du risque de survenue d'escarre par une échelle standardisée dans les quinze jours suivant l'entrée du résident dans l'EHPAD n'est pas effectuée.

La traçabilité des soins de plaies/pansements n'est pas assez structurée.

Remarque n°27 :

Les directives anticipées sont peu recueillies au sein de l'EHPAD, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Remarque n° 28 :

Le RAMA 2021 de l'EHPAD n'est qu'un export [REDACTED] et ne présente pas d'analyse de l'activité et des pratiques médicales et soignantes, ni de l'évolution de la dépendance des résidents.

Remarque n° 29 :

En n'ayant pas procédé à l'actualisation de la convention avec la pharmacie ni des procédures décrivant les différentes étapes du circuit du médicament, l'établissement ne dispose pas de deux éléments constitutifs de la qualité de ce circuit.

Remarque n° 30 :

En utilisant des supports multiples pour les prescriptions, la structure entretient un risque d'erreur lié au circuit du médicament, et empêche la traçabilité exhaustive de l'administration des traitements.

Remarque n°31 :

L'absence de surveillance de la température de l'enceinte réfrigérée dédiée au médicament n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques (Cclin Sud-ouest, 2006 « préparation et administration des médicaments dans les unités de soins : bonnes pratiques d'hygiène »).

Remarque n° 32 :

L'organisation de la délégation de tâches pour l'administration de médicaments dans le cadre de l'aide aux soins et aux actes de la vie courante ne respecte pas les bonnes pratiques d'administration des médicaments¹⁸.

Remarque n° 33 :

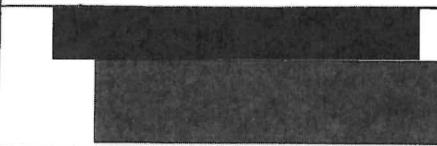
La traçabilité de l'administration des médicaments est très insuffisante, en partie à cause de l'absence d'exhaustivité des prescriptions [REDACTED]

¹⁷ Recommandation de réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée dans le rapport de la HAS de mai 2015 « Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie »

¹⁸ Le guide ARS Auvergne Rhône Alpes de 2017 intitulé « Sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) » précise en p. 22 : « *Dans le cas où l'aide à la prise d'un médicament est réalisée en tant qu'acte de la vie courante, il convient de s'assurer de l'aptitude de la personne qui en est chargée* »

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

Fait à Nanterre, le 23 février 2022

L'inspecteur	Le médecin inspecteur
	
	

GLOSSAIRE

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

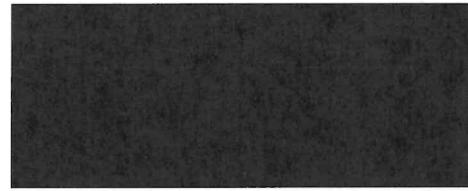
ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale
des Hauts-de-Seine



Nanterre, le 10 février 2022

Mesdames, Messieurs,

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

Ce programme, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence les Quatre Saisons, situé 9 avenue de la Libération au Plessis-Robinson (FINESS n° 920022928) qui a été inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations
- 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
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et solidaire
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L. 1421-1, L. 1435-7 CSP, ainsi que par les articles L.133-2 et le Règlement départemental d'aide sociale comprendra :



- o Pour sa composante Conseil départemental des Hauts-de-Seine :
- o qui réside dans le département des Hauts-de-Seine, désigne la personne qu'il désigne à l'article L. 112-1 du CSP.
- o qui réside dans le département des Hauts-de-Seine, désigne la personne qu'il désigne à l'article L. 112-1 du CSP.

Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC		
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC		
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)		
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)		
5	Projet d'établissement et Projet de soins - livret d'accueil-contrat de séjour - règlement de fonctionnement		
6	Organigramme général détaillé de l'établissement (avec absence longue durée, CDD, ...)		
7	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf), nb d'ETP		
8	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)		
9	Procédures d'admission des résidents		
10	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins		
11	Registre de recueil des événements indésirables (EI)		
12	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)		
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents		
14	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse		
15	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant		
16	Plannings des équipes de soins jour/night des 3 derniers mois (y-c les temps de transmission)		
17	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies		
18	Liste nominative des médecins traitants des résidents		
19	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)		
20	Convention entre l'EHPAD et un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil d'urgence		
21	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)		
22	Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et rapport de la commission gériatrique annuelle		
23	Procédures de soins (gestion des troubles du comportement, Conduite à tenir en cas d'urgence, surveillance d'un diabétique, surveillance dénutrition, prise en charge d'une plaie, gestion de la douleur...)		
24	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)		
25	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M 2022) ; extraction de J-1 et de la nuit écoulée		

55/58

26	Les fiches de tâches heurees des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit		
27	Les fiches de tâches heurees des ASH		
28	Protocole des rondes de nuit		
29	Le récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD		
30	Planning d'animation et planning des menus de la semaine		
31	3 derniers comptes rendus du CVS		
32	3 derniers comptes rendus du CSE		
33	3 derniers comptes rendus de la commission des menus		
34	Le planning de nettoyage des chambres		
35	Horaires de l'accueil et traçabilité des appels		
36	Outil de suivi des Projets Personnalisés		

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection

Le Directeur,
La Directrice Adjointe,
Le Médecin coordinateur,
L'IDEC,
Une aide-soignante,
Une aide-médo-psychologique,
Un agent logistique (agent hôtelier),
La psychologue,
La responsable hôtelière (responsable cadre de vie).

Annexe 4 : Autres documents annexés

Situation des effectifs

Au mois de février 2022, l'EHPAD fait état à la mission d'un effectif réel salarié de [REDACTED]

Catégories	ETP prévisionnel (données EPRD 2021, remplacements compris)	ETP occupé (planning janvier 2022)	Postes vacants en ETP	Observation/ETP occupé : nb d'agents CDI ¹⁷
Direction / Encadrement				
Directeur				
MEDEC				
IDEC				
Administration/SG				
Sous-total				
Personnel paramédical				
Infirmitier				
AS/ASG/AES/AMP				
Kinésithérapeute				
Pédiatre-podologue				
Psychologue				
Psychomotricien				
Sous-total				
Auxiliaires de vie (dont service hôtelier : ASH)				
Restauration				
Animation				
Sous-total				
Total				