

Direction départementale des Hauts-de-Seine

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « ORPEA La Garenne » (EHPAD)  
31/33 rue de l'Aigle, 92250 La Garenne Colombes  
N°FINESS 920029105**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N°2022\_0116**

**Déplacement sur site le 15/02/2022**

**Mission conduite par**

- [REDACTED], conseillère médicale de la Délégation départementale des Hauts de Seine de l'Agence régionale de santé Île-de-France, habilitée aux inspections et coordonnatrice de la mission d'inspection.
- [REDACTED], cadre en charge de la contractualisation, tarification et contrôle des ESMS / Conseil départemental des Hauts-de-Seine
- [REDACTED], technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire de la Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de santé Île de France, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

**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 discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

### 2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

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

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

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

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	6
B) Modalités de mise en œuvre .....	6
C) Présentation de l'établissement .....	7
<b>CONSTATS .....</b>	<b>11</b>
<b>I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>12</b>
A) L'encadrement des équipes .....	12
B) La situation des effectifs .....	13
C) L'organisation du travail .....	15
<b>II – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE.....</b>	<b>21</b>
A) Les locaux et installations dédiés aux soins .....	21
B) Les missions du médecin coordonnateur .....	25
C) Les soins individuels .....	28
D) La prise en charge médicamenteuse .....	35
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>41</b>
Annexe 1 : Lettre de mission .....	41
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....	43
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection .....	45
Annexe 4 : Liste des pièces annexées au rapport .....	46

## SYNTHESE

### Éléments déclencheurs de la mission

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

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 ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

### Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection s'est déroulée sur une journée et demi au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée les 15 février 2022 et complétée le 16 février après-midi. 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 ;
- Le plan des locaux.

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, a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement, des résidents, a accédé aux dossiers des résidents et du personnel.

Les membres de la mission ont rencontré une difficulté au cours de la visite d'inspection. En effet, les membres de la mission arrivés à 8h40, n'ont été rejoints par un membre de la direction qu'à 9h30 et les documents nécessaires à la visite transmis qu'à 10h30.



**Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Le contrôle a identifié de très nombreux écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles :

- Doter l'établissement d'effectifs formés et en nombre suffisant pour assurer une prise en charge de qualité des résidents,
- Optimiser la gestion et l'actualisation des documents administratifs et du personnel,
- S'assurer de la sécurisation de l'accès aux données du personnel,
- Structurer et organiser la traçabilité des transmissions entre les équipes,
- Permettre une meilleure continuité de prise en charge des résidents au changement d'équipe,
- Réviser le projet d'établissement,
- Faciliter l'accès aux informations réglementaires à destination des résidents et des familles et mettre à leur disposition, un cahier de suggestion ou de réclamations,
- Structurer et harmoniser les différentes listes des résidents présents pour une meilleure communication en interne,
- S'assurer de l'aménagement des résidents à l'issue de leurs journées d'installation,
- Sécuriser les locaux : terrasse du 3<sup>ème</sup> étage, locaux techniques et locaux de soins,
- Organiser et dater l'affichage du poste infirmier,
- Respecter les règles d'hygiène des mains,
- Veiller à disposer dans le poste infirmier du matériel AES complet, 24h/24,
- Mettre à disposition des équipes un DLU papier de chaque résident toujours à jour,
- Revoir la durée des prescriptions médicales de contention,
- Libérer la paillasse du poste de soins pour y préparer les soins,
- Respecter les règles d'évacuation des DASRI du poste de soins,
- Sécuriser l'ensemble des données papier des résidents conservées dans le bureau du médecin coordonnateur,
- Transmettre l'ensemble des contrats-type des médecins traitants, y compris celui du médecin coordonnateur,
- Consolider les 14 missions du médecin coordonnateur,
- Mettre à jour les formulaires et les procédures le nécessitant,
- Sécuriser le sac d'urgences et le stock de 1<sup>ères</sup> nécessités,
- Sécuriser le circuit du médicament et la gestion des stupéfiants.

## INTRODUCTION

### A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de santé Ile-de-France et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « **ORPEA La Garenne** » situé à La Garenne Colombes (92250), géré par le groupe ORPEA.

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 des Hauts-de-Seine ont diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

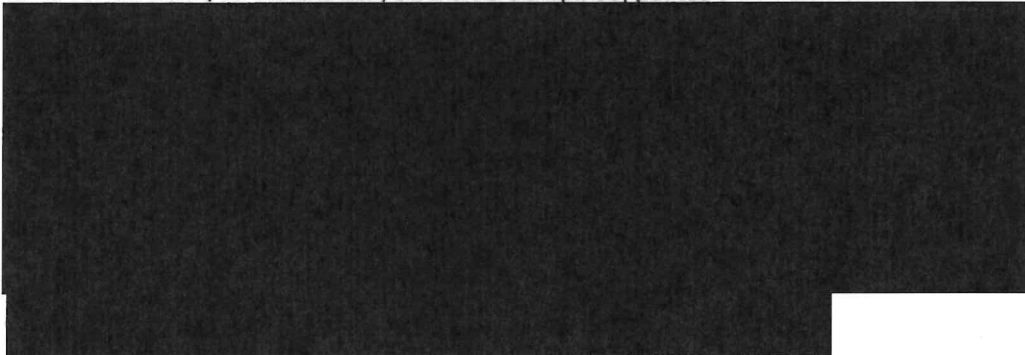
### B) Modalités de mise en œuvre

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 et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée de 3 personnes avec une composante pluridisciplinaire : un médecin coordinateur de la mission et deux agents administratifs.

Le contrôle a été effectué, sur site :

- le 15 février 2022, de 8h40 à 20h, de manière inopinée, par les :



La mission d'inspection a été destinataire d'une lettre de mission, signée conjointement par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile de France et du Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine en date du 10 février 2022 pour une inspection inopinée, qui a été remise à la direction de l'établissement dès le 1<sup>er</sup> jour de la visite.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur site.

Au cours des deux jours de visite, l'équipe d'inspection a rencontré :

- l'ensemble du personnel soignant,
- le responsable hôtelier (gouvernant),
- le médecin coordinateur (MEDEC),

- l'infirmier coordonnateur (IDEC),
- les kinésithérapeutes,
- l'infirmière référente,
- la psychologue,
- les infirmiers,
- l'adjointe de direction,
- la directrice.

D'autre part, la mission a mené 4 entretiens.

A l'issue de la première journée de visite, une réunion de synthèse de l'inspection s'est déroulée avec la directrice, l'adjointe de direction et l'IDEC qui s'y est joint dans un deuxième temps à la demande de la directrice. En outre, le jour suivant, la mission a recueilli le témoignage du médecin coordonnateur.

### C) Présentation de l'établissement

L'EHPAD « ORPEA La Garenne » a été autorisé conjointement par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine et le préfet, le 19 mars 2010, pour une capacité initiale de 103 places d'hébergement et 10 places d'accueil de jour. Par arrêté conjoint du Directeur général de l'Agence régionale de Santé Ile-de-France et du Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine, en date du 29 juin 2018, modifiant l'arrêté du 19 mars 2010, les 10 places d'accueil de jours ont été supprimées suite à l'absence de mise en œuvre de ces dernières.

Situé au 31/33 rue de l'Aigle à LA GARENNE-COLOMBE (92250), il est inséré dans un ensemble immobilier, d'appartements et d'une école primaire, et dispose d'une terrasse au rez-de-chaussée. La résidence « ORPEA La Garenne » est gérée par le groupe ORPEA, dont le siège est situé 12 rue Jean Jaurès à Puteaux.

Ouvert en 2014, l'EHPAD « ORPEA La Garenne » dispose d'une capacité autorisée actuellement de 103 places réparties en :

- 99 places d'hébergement permanent
- et 4 places d'hébergement temporaire.

Le bâtiment est constitué de 5 niveaux (R+5) et un niveau au sous-sol :

- Le rez-de-chaussée se compose de 2 espaces distincts séparés par un porche de passage public pour accéder notamment à l'école :
- Le RDC principal dispose :
  - Côté rue :
    - d'un sas d'entrée sécurisé par un digicode à l'extérieur pour entrer et à l'intérieur du sas pour sortir
    - d'une grande entrée avec une borne d'accueil desservant les bureaux de la direction et les escaliers,
    - d'un local technique
    - de deux ascenseurs,
    - de la salle de repos du personnel,
    - d'un salon de coiffure,
    - de sanitaires publiques,
  - Côté terrasse :
    - de plusieurs salons à destination des résidents et familles

- de deux espaces de restauration, le premier avec un espace de jeux pour la jeune génération et un écran mural pour diffuser des films, un espace bar et repas communiquant avec d'une part, la cuisine et d'autre part la grande salle de restauration.
- Le RDC secondaire, accessible par double digicode (un pour entrer/sortir du RDC principal et un autre pour le RDC secondaire) dispose principalement de locaux dédiés aux soins :
  - Côté terrasse : bureau du médecin coordonnateur, infirmerie, local de stockage, sanitaires publics, espace initialement prévu pour l'accueil de jour accès un accès propre par le porche
  - Côté rue : salle de kinésithérapie, accès escaliers, 2 ascenseurs, quai de livraison du matériel médical et pharmaceutique, et de la pharmacie
- Trois étages (1er, 2ème et 5ème) comportent chacun 22 chambres, un salon, et selon les étages, des bureaux et une balnéothérapie (fermée pour cause COVID)
- Le troisième étage dit « unité protégée » (UP) ou « Unité de Soins Adaptés (USA) dispose de 16 chambres, d'un espace de vie, d'une salle à manger, d'une cuisine ouverte et l'accès à une terrasse aux parois vitrées menant à des escaliers accessibles.
- Le quatrième étage, réservé en partie aux résidents plus dépendants, dont les chambres dédiées seraient équipées de rails de transfert au plafond, contient 21 chambres.

Toutes les chambres disposent d'un cabinet de toilette avec lavabo, toilettes et douche à l'italienne ainsi que d'un appel malade et les chambres visitées disposaient d'ouvrant sécurisé.

- Le sous-sol visité est sécurisé et principalement réservé au personnel de l'établissement. Il est composé entre autres des vestiaires du personnel, de la lingerie respectant le circuit du linge propre et du linge sale.

Le jour de l'inspection, la mission constate que les locaux à usage des professionnels dans les différents étages (linge propre, linge sale, ménage, technique...) possèdent un digicode mais l'accès de la plupart d'entre eux n'est pas verrouillé par le digicode. Le local rinçage technique du 1<sup>er</sup> étage n'est plus sécurisé. Le libre accès aux produits lessives concentrés et aux chariots d'entretien peut être dangereux pour les résidents.

Pour les locaux de soins dans les différents étages, l'équipe administrative de la mission a constaté le matin leur accès libre alors qu'ils étaient sécurisés lors du passage du médecin de la mission en fin de journée.

La terrasse au 3ème étage réservée à l'unité protégée est ouverte le matin de l'inspection et fermée à l'heure du déjeuner. Il est constaté un large interstice entre deux dalles de béton à gauche de la porte d'accès à l'extérieur susceptible de provoquer la chute de plain-pied d'un résident. Par ailleurs, sur cette terrasse, une porte d'accès au bâtiment mitoyen (zone d'évacuation) est accessible aux résidents de l'unité et c'est pourquoi les résidents ne devraient s'y rendre qu'accompagnés d'un membre du personnel.

Remarque N°1 : Le local rinçage technique du 1<sup>er</sup> étage n'est pas sécurisé.

Remarque N°2 : Les digicodes de tous les locaux techniques et de soins ne sont pas activés.

Remarque N°3 : L'accès à la terrasse du 3<sup>ème</sup> étage est laissé en libre accès ce qui pose un problème de sécurité pour les résidents.

Remarque N°4 : Le positionnement des dalles béton à l'entrée de la terrasse présente un danger de chute pour les résidents.

Accès aux informations réglementaires et aux bonnes pratiques disponibles dans l'entrée de l'établissement

L'équipe d'inspection a vérifié les dispositions prises en termes d'affichage des informations réglementaires :

- La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée, conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).
- Les tarifs pratiqués par l'établissement (hébergement et dépendance) sont affichés au même endroit.
- La liste des personnes qualifiées définie à l'article L. 311-5 du CASF ainsi que le règlement de fonctionnement sont disponibles dans un support vertical posé sur un meuble ainsi que les comptes rendus du conseil de la vie sociale (CVS) et l'information du numéro vert 3977 à destination des personnes âgées victimes de maltraitance.

Il est constaté que le cahier de suggestions ou de réclamations à l'attention des résidents et des familles est inexistant. Une fiche « fiche d'amélioration » est disponible parmi d'autres documents, sur un support d'information face aux ascenseurs.

Remarque N°5 : Les affichages contenus dans le support vertical ne sont pas facilement accessibles et consultables.

Remarque N°6 : Le cahier de suggestions ou de réclamations à l'attention des résidents et des familles est inexistant.

Le jour de la visite, la liste des résidents avec le nom du médecin traitant non mis à jour remise à la mission répertorie 96 résidents, soit un taux d'occupation de [REDACTED] (pièce n°1).

En revanche, sur un autre listing des résidents précisant la nature de leur contrat (hébergement permanent, hébergement temporaire et court séjour), on constate un nombre de 90 résidents dont une en hébergement temporaire avec une fin de contrat au 13 décembre 2021 et qui est toujours dans les effectifs des 96 résidents mentionnés ci-dessus (pièce n°2).

Remarque N°7 : Les listes des résidents fournies ne sont pas concordantes entre elles, ni mises à jour.

Selon l'ERRD 2020, le GMP validé en novembre 2016 et le PMP validés en mai 2017 sont respectivement de [REDACTED]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Aussi, les données de l'EHPAD sont en dessous des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 137 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit (pièce n°3 et n°4) :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2020					
EHPAD N, 2021					
IDF <sup>1</sup>	18%	40%	18%	17%	7%

Son budget de fonctionnement en 2021 est de [REDACTED] € au titre du forfait global dépendance et de [REDACTED] € au titre du soin (dont [REDACTED] € de crédits non reductibles).

Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Le 1er janvier 2018, un CPOM a pris effet pour la période 2018-2022 et a remplacé la convention tripartite signée par l'établissement le 3 février 2014.

<sup>1</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

## 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 :

- CASF
- CSP
- RBPP de la HAS



## I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

### A) L'encadrement des équipes

Suivant l'organigramme de l'établissement daté de novembre 2020 [REDACTED], sont placés sous l'autorité de la directrice d'établissement :

- l'adjointe de direction,
- le personnel technique et administratif,
- le personnel en charge des services de soins dont le MEDEC et l'IDEC ; ce dernier étant en charge des infirmiers, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques,
- le chef de cuisine en charge du personnel de cuisine,
- le responsable hôtelier (gouvernant) en charge des auxiliaires de vie et des agents de service, l'animateur,
- et la psychologue.

L'organigramme ne présente pas le détail des effectifs, hormis le personnel encadrant.

Remarque N°8 : L'organigramme n'est pas complet.

La directrice d'exploitation de l'EHPAD, titulaire d'un diplôme [REDACTED] [REDACTED] titre enregistré au répertoire national des certifications professionnelles au niveau 1, a les qualifications réglementaires requises pour ce poste à l'article D. 312-176-6 du CASF. Elle dispose d'une fiche métier intitulée « directeur(trice) exploitation » qu'elle a signée le [REDACTED] et qui décrit les activités principales du poste (41 activités listées) et d'un document unique de délégation, conformément à l'article D. 312-176-5 CASF, co-signé de l'intéressée et du directeur général du groupe gestionnaire.

Le médecin coordonnateur est recruté à 0,60 ETP, ce qui respecte les seuils réglementaires de l'article D. 312-156 du CASF.

L'IDEC est recruté à [REDACTED] et détenteur d'un diplôme d'état infirmier.

Le Gouvernant, en poste en [REDACTED], supervise les AV affectées à l'entretien des espaces individuels et collectifs et pour la restauration. Sa fiche de poste est intitulée comme suit : « Maitresse de maison » ; appellation non reprise dans la dernière version de l'organigramme de l'établissement. Aussi, cette fiche mentionne une mission relative à la gestion des consommables de soins, non-pratiquée, d'après l'intéressé lors d'un entretien.

Remarque N°9 : La fiche de poste du gouvernant n'est pas actualisée.

#### Accueil des nouveaux salariés et tenue des dossiers RH

Un livret d'accueil pour les nouveaux salariés (CDI-CDD) est formalisé et remis contre signature, à l'embauche du personnel. Les dossiers des salariés sont constitués d'une fiche administrative du salarié et de sous-chemise par thèmes (diplôme-CV, administratif, contrat, dossier médical, discipline, formation, évaluations) avec la liste de documents pour chaque sous-chemise. Les documents remis à l'ébauche sont répertoriés sur une check-list et signés par le salarié justifiant cette transmission.

La mission d'inspection a sélectionné 10 dossiers du personnel (médecin coordinateur, IDEC, une IDE, le responsable hôtelier (gouvernant), une aide-soignante, la psychologue, 3 auxiliaires de vie et la convention d'une stagiaire infirmière) et a consulté un diplôme d'état d'un masseur-kinésithérapeute. Les dossiers du personnel et des résidents rangés dans une armoire non sécurisée située dans le bureau de l'adjointe de direction, derrière l'accueil, sont accessibles par le personnel lorsque le bureau est ouvert.

Les dossiers consultés ont permis de constater la présence de contrat de travail et de fiche de poste signés.

Remarque N°10 : L'accès aux dossiers du personnel n'est pas sécurisé.

#### Le projet d'établissement

La réécriture du projet d'établissement prévue pour la période 2022-2026 n'est à ce jour ni réalisée, ni planifiée.

La directrice nous informe que la référente qualité du siège d'ORPEA doit prendre contact avec la direction de l'établissement pour formaliser la réécriture du projet d'établissement.

Ecart N°1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF

#### B) La situation des effectifs

La liste nominative des personnels employés au sein de l'établissement au mois de février 2022 [REDACTED] est composée de [REDACTED] agents en [REDACTED] et de [REDACTED] agents en [REDACTED] soit un total de [REDACTED] salariés.

A la lecture de la liste du personnel présent en février 2022 indiquant les fonctions, le type de contrat (CDI et CDD) et le temps de présence [REDACTED], au 15 février, il est fait état de [REDACTED] salariés en postes dont [REDACTED] en [REDACTED] et [REDACTED] en [REDACTED] soit [REDACTED] de salariés titulaire d'un CDD. Ces [REDACTED] salariés occupent [REDACTED] ETP.

Un état des postes vacants indique [REDACTED] postes à pourvoir représentant [REDACTED] ETP [REDACTED]

Remarque N°11 : Une incohérence entre la liste nominative de personnel employé [REDACTED] salariés) et la liste du personnel présent en février transmise le jour de l'inspection [REDACTED] salariés) est observée.

Une comparaison de cette liste des personnels a pu être menée entre les effectifs prévisionnels indiqués dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) déposé en 2021.

Catégories	ETP prévisionnel (données EPRD 2021, remplacements compris)	ETP occupé (Détail ETP février 2022)	Dont poste occupé par un contrat CDD	Postes vacants en ETP déclaré
<b>Direction / Encadrement</b>				
Directeur				
Adjoint de direction				
MEDEC	0,50	0,60		
IDEC				
<b>Administration/SG</b>				
<b>Sous-total</b>				
<b>Personnel paramédical</b>				
Infirmier				
AS/ASG/AES/AMP				
Kinésithérapeute	NC			
Pédicure-podologue	NC			
Psychologue				
Psychomotricien				
<b>Sous-total</b>				
<b>Auxiliaires de vie (dont service hôtelier : ASH)</b>				
Restauration				
Services généraux				
Animation				
<b>Sous-total</b>				
<b>Total</b>				

Il est constaté que le nombre total d'ETP est inférieur aux effectifs prévisionnels de l'EPRD 2021.

La cible prévue au CPOM signée en 2018, dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'offre de service (*objectif n°2*) concernant la charge en soins par IDE n'est pas atteinte (valeur de référence est inférieure à 4300). Elle est actuellement de [REDACTED] (détail : 210 x 99 /3,86).

Les ratios d'encadrement ont été calculés et référés aux ratios indicatifs utilisés dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses).

Le ratio d'encadrement des personnels ASH, AS/AMP/ASG/AES et IDE a été calculé par la mission au regard des 96 résidents présents dans l'établissement le jour de l'inspection. Les ratios sur les effectifs réels indiquent que :

- Le ratio est inférieur à la cible, soit [REDACTED] pour les IDE (cible de 0,05)
- Le ratio est inférieur à la cible pour les AS soit [REDACTED] (cible 0,22)
- Le ratio est supérieur à la cible pour les ASH soit [REDACTED] (cible 0,20)

En outre, la mission a constaté que 4 auxiliaires de vie avaient la fonction d'aide-soignant sur les 9 aides-soignants prévus au planning du 15 février (équipe de jour) ([REDACTED] au regard des effectifs du mois de février [REDACTED]).

Remarque N°12 : Les ETP d'IDE et d'AS sont inférieurs aux effectifs de l'EPRD 2021 et inférieurs aux cibles indicatives attendues dans les EPRD/ ERRD.

Remarque N°13 : Les postes d'auxiliaires de vie sont supérieurs aux cibles indicatives attendues dans les EPRD/ ERRD.

Remarque N°14 : Les postes d'aide-soignant ne sont pas tous occupés par des professionnels diplômés.

### C) L'organisation du travail

Le personnel soignant est organisé en équipe et contre-équipe, qui ne se croisent que lors des transmissions. Ces dernières ont lieu entre une aide-soignante de chaque équipe dans une tranche horaire d'environ 15 minutes. Elles sont consignées dans un cahier situé à l'accueil ( ) ainsi que sur ( ).

Remarque N°15 : Une double traçabilité des consignes est un risque de perte d'informations.

Les équipes de nuit (équipe 1) sont distinctes de celles de jour (équipe 2).  
Le cycle de travail des aides-soignants et des auxiliaires de vie se fait sur une quinzaine, soit 2 ou 3 jours consécutifs travaillés alternés de 2 ou 3 jours de repos consécutifs.  
En outre, le tableau des référents en week-end du 1<sup>er</sup> semestre indique un roulement entre : l'adjointe de direction, la directrice d'exploitation, l'IDEC, l'IDE de référence et le responsable hôtelier ( ).

#### 1) Organisation des équipes

##### a. Les auxiliaires de vie (AV)

Les amplitudes de travail s'étirent de 8h à 20h.

L'affectation des AV est sectorisée.

- Les AV référencées « AV1, AV2, AV3, AV4, AV5 » suivant l'étage d'affectation, ont en charge l'entretien par un bio nettoyage : des chambres, des couloirs, des salles de pause, de la terrasse (3<sup>ème</sup> étage), de la zone d'accueil, des bureaux administratifs, des locaux techniques, du quai de livraison, des salons, des ascenseurs, des toilettes.  
L'amplitude horaire est de 8h à 16h30, représentant 7h de temps de travail effectif.  
Les activités des AV doivent se coordonner avec celles des AS et des AMP pour éviter un co-activité.
- Les AV référencées « AV Resto », sont affectées au service hôtelier et placées sous l'autorité du responsable hôtelier (gouvernant). Ce dernier assure leur recrutement et élabore les plannings de travail. Les AV Resto ont en charge l'entretien et le service en salle de restauration, la mise en place et la préparation des chariots pour la prise des repas aux étages.  
Il a été noté deux amplitudes horaires : 11h30 à 20h et 9h à 20h représentant respectivement 7h et 10h de temps de travail effectif.
- Les AV référencées « AV Ling » ont en charge le traitement du linge au sous-sol. Cela comprend le nettoyage, le repassage, l'étiquetage ainsi que la distribution et le rangement du linge des résidents.  
L'amplitude horaire est de 8h-16h, représentant 7h de temps de travail effectif.

Par ailleurs, il a été constaté pour un résident en hébergement permanent du 1<sup>er</sup> étage, dont le changement de chambre est intervenu récemment, la présence au sol et contre les murs, de plusieurs effets personnels non rangés (cartons, tableaux et objets divers). Cette situation limite et fragilise la libre circulation sécurisée du résident en fauteuil roulant dans sa chambre.

Remarque N°16 : Lors d'un transfert, la chambre du résident n'est pas aménagée à l'issue de sa journée d'installation, limitant ses déplacements.

#### b. Les aides-soignants (AS) et aides médico-pédagogiques (AMP)

Deux AS/AMP sont prévues par jour et par étage avec un renfort spécifique à l'unité de grande dépendance. Or, les 9 AS prévues au planning du jour, ne permettent pas d'assurer la qualité de prise en charge des résidents.

Les horaires de travail identifiés sont de: 7h30 à 19h, 8h30 à 20h, 19h45 à 7h45, 20h à 7h et 20h à 7h30.

Dans le dernier quart d'heure de fin de poste de l'AS de l'unité protégée, des transmissions ainsi que des actions de nettoyage des chariots, de déplacement des containers à poubelles et du linge sale sont prévues, ce qui interroge sur le temps de transmission réel.

Remarque N°17 : A l'unité protégée, le temps de transmission réel de l'AS qui quitte à 7h45, est court au regard de la diversité des tâches à réaliser avant son départ.

Les aides-soignants de jour ont en charge la distribution des plateaux repas en chambre, l'aide à la prise des repas, les soins ainsi que leur traçabilité, le change, le rangement de chariots nursing, l'accompagnement en chambre, les lever pour les animations, l'accueil d'un nouveau résident, les rondes ainsi que la mise en charge des bips.

Pour celles de nuit, elles ont en charge, notamment, la distribution éventuelle de traitements.

La mission d'inspection a constaté l'absence de bip des AS affectées du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> étage, qui ont indiqué qu'ils n'étaient pas en zone de charge.

A ces étages, un des deux tests d'appel malade en chambre n'a pas été concluant à plus de 10 minutes du déclenchement de l'alarme, malgré le report dans le couloir.

Remarque N°18 : La mise en charge des bips n'est pas effective par l'équipe sortante empêchant l'équipe entrante d'assurer une prise en charge de qualité des résidents.

Dans la matinée de l'inspection, il a été remarqué la présence de deux AS à des postes différents que ceux indiqués dans le planning du jour. Ces modifications viennent suppléer, en mode dégradé, à l'absentéisme du personnel soignant.

Dans ce contexte, la mission d'inspection constate la pratique seule de soins à un résident du 1<sup>er</sup> étage par une stagiaire AS en première année de formation.

Remarque N°19 : Les missions du personnel non diplômé faisant fonction d'aide-soignant, ne sont pas encadrées en situation de tension RH.

#### c. L'équipe des infirmiers

Elle se compose d'un IDEC, d'un IDE référent et de deux IDE.

L'IDEC en lien avec le MEDCO, coordonne et organise les activités de soins, contribue à l'élaboration des projets personnalisés et planifie leur mise en place et leur application.

Il assure également l'approvisionnement et la gestion des matériels et des produits, notamment pharmaceutiques, manage l'équipe de soins et participe au développement des compétences et de la démarche qualité.

L'IDEC en poste, a pris ses fonctions le [REDACTED]

Au jour J, l'établissement emploie en CDI [REDACTED] infirmier.e.s et recense la vacance de [REDACTED] postes à temps-plein, palliée par le recours à l'intérim et aux vacataires, voire par l'infirmière référente.

## 2) Organisation des réunions internes pluridisciplinaires

Des transmissions journalières sont planifiées entre 15h et 15h30 en moyenne, en présence, en semaine, de l'IDEC, de l'IDE référente des [REDACTED] IDE et d'une AS par étage et les week-ends uniquement des IDE et des AS.

Différentes réunions sont organisées :

- Tous les lundis, a lieu une réunion pluridisciplinaire concernant les résidents et distinguant les résidents en hébergement classique de ceux accueillis en unité protégée.
- En hebdomadaire : l'équipe de direction se réunit avec le staff, le mardi, et aborde les problèmes rencontrés au niveau de l'hébergement, des réclamations reçues et des éventuels problèmes médicaux rencontrés.
- Tous les mois :
  - o l'équipe de direction réunit le personnel présent par roulement. Les sujets sont : les résultats des enquêtes de satisfaction, les dysfonctionnements rencontrés, un temps de liberté de parole pour les équipes et un point RH si nécessaire.
  - o le gouvernant organise avec des AV une réunion mensuelle, dont seule l'ordre du jour fait l'objet d'une traçabilité ; ce document papier est emmargé par les participants.

La mission d'inspection n'a pas consulté le compte-rendu des réunions programmées précitées.

Par ailleurs, l'IDEC et la direction ont évoqué la réalisation de « mini formation » en interne de 30 minutes, évoquant des rappels de protocoles.



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

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<b>1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES</b>					
-Le jour J <sup>2</sup> , la direction de l'EH PAD est-elle assurée régulièrement ?	O			La directrice de l'établissement, en poste depuis le [REDACTED] est assistée de l'adjointe de direction présentes le jour de l'inspection	D. 312-176-5 CASF
-Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	C			La directrice est titulaire d'un diplôme [REDACTED] (fiche de poste et délégation de compétence consultées).	L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ?	C			Il existe un protocole du groupe ORPEA sur les modalités de remplacement du directeur et l'organisation des astreintes (planning non consulté). Seul, le calendrier des astreintes au 1 <sup>er</sup> semestre 2022 a été consulté.	Circulaire DGAS/ATTS/MD n°2007-179 du 30/04/2007
-Subdélégations(documentées) de signature ?	O				
-Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?	O				
Cf. Entretien avec l'équipe de direction					
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?	C			Par ailleurs, le poste à [REDACTED] un psychomotricien est [REDACTED] at la référente animatrice est [REDACTED]	D. 312-155-0 I111 du CASF
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?	C			Cf. chapitre II	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Permanence/astreinte médicale formalisée ?	O			La fiche de poste du MEDEC détaille ses différentes missions. Elle a été consultée. Son contrat de travail précise la permanence des soins et l'astreinte médicale (pièce consultée).	
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?	O			Les documents ont été consultés à l'exception de la permanence/astreinte paramédicale.	
-Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	O			Cf. I.C.2 / Organisation des réunions internes pluridisciplinaires.	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ?	O				
-l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EH PAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ?	O				
-Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?	O				
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>3</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...	O			Un accueil des nouveaux salariés est réalisé (livret d'accueil), les dossiers RH sont structurés. Une check- list mentionnant la liste des documents remis aux salariés est signée.	
-Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail.	O			4 formations en intra-entreprise ont été organisées en 2021 sur les thèmes suivants : [REDACTED]	

<sup>2</sup> Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site

<sup>3</sup> Par ex. : travail en double, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles), dossier RH type, remise de documents O/N : RF...



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référent prévention risque suicidaire : 23/03</li> <li>- Gestion des conflits : 02/04</li> <li>- Comprendre la psychologie des familles et les accompagner : 13/04</li> <li>- Les troubles du comportement en EHPAD : 22/04</li> <li>- Méthode HACCP pour commis et cuisiniers : 08/06</li> <li>- Découverte de nos recettes chez : 07 et 08/10</li> <li>- Les méditations thérapeutiques : 14 et 15/10</li> <li>- Base HACCP pour serveur plongeur : 27/10</li> <li>- Prise en charge de la douleur physique : 15 et 16/11</li> <li>- Plaies et cicatrisations : 17 et 18/11</li> <li>- Animer des groupes de relaxation : 25/11</li> <li>- Les troubles du comportement en EHPAD : 26/11</li> <li>- La nutrition chez la personne âgée : 02/12</li> <li>- La méditation en son et musique : 07/12</li> </ul> <p>Les attestations de formation archivées dans le dossier du personnel corroborent la participation épisodique du personnel. Il est noté qu'en 2022, est prévu 23 formations intra et inter entreprise. Le dossier du personnel comprend un volet « Discipline » qui trace les observations et manquements professionnels de l'agent.</p>	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?					

2. LA SITUATION DES EFFECTIFS				
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	O			Le logiciel [REDACTED] qui serait dédié à cet effet, n'a pas été consulté.
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	O			La fiche de poste des managers de proximité, notamment l'IDEC et le gouvernant, renseigne sur le suivi des salariés qui leur sont rattachés.
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?		NC		Les présences à chaque changement de service n'ont pas été consultées. Cf. chapitre I paragraphe b.
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).				
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?	O			Des écarts avec le planning des soignants ont été constatés le jour J. La vacance de 12 postes (11,90 ETP) et l'absence de 2 AS témoignent d'une tension RH au jour de l'inspection.
Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning				
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ?	O			Il a été constaté des AS déplacées par rapport au planning initial. La planification du travail est organisée par quinzaine. Par ailleurs, la directrice indique pouvoir solliciter un réseau de professionnels pour une affectation ponctuelle de personnel externe.
Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?				Il est fait état de salariés en postes dont [REDACTED] et [REDACTED] ETP de salariés titulaires d'un CDD. Ces salariés occupent [REDACTED]
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?		NC		L.311-3 et L.312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>4</sup>
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?				L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ?	C			
Des fiches de tâches horaires pour les personnels de jour ?				
de nuit ?				
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ?		NC		Une employée en attente de validation de son diplôme d'aide-soignant est déjà affectée au poste d'AS.
Entretiens avec le directeur/le DRH				
3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL				
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	O			A été constaté : un basculement des horaires de travail à la demande d'une AS, et la prévision de 2 AS par étage et d'un renfort en unité protégée. Sur ce dernier point, il y a un écart entre l'état prévisionnel et réel.
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ?				Les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes et hôtelières n'ont pas été consultées.
Des équipes hôtelières ?		NC		Les transmissions orales en fin de service des AS de l'équipe 1 à l'équipe 2 ne peuvent avoir lieu dans les heures de travail définies.
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?				Il existe des transmissions écrites consignées sur un cahier spécifique disposé à l'accueil et via le logiciel [REDACTED]. Ce doublement peut être source d'erreur. Il a été constaté peu d'informations sur le cahier de transmission en consultant l'antériorité sur 7 jours.
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : - qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?		NC		

<sup>4</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

## II – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE

### A) Les locaux et installations dédiés aux soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins Nombre de postes de soins dans l'établissement	O			<p>Visite des locaux de soins avec [REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un poste infirmier fermé par code sur la poignée, au RDC de l'aile médicale :</li> </ul> <p>- Un bureau avec le matériel informatique et téléphonique et une extension ajoutée.</p> <p>- Une imprimante fax.</p> <p>- 4 zones d'affichage :</p> <p>→ Un tableau mural récapitulatif des patients présents par étage (étiquette en « T ») associé pour chacun au nom du médecin traitant.</p> <p>→ Deux zones murales libres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une au niveau du bureau dont les numéros d'urgence, la liste des médecins traitants, ... , un support mural pivotant porte-documents.</li> <li>La seconde au-dessus du collecteur DASRI.</li> </ul> <p>Remarque n° 20 : L'affichage n'est pas mis à jour et est trop abondant.</p> <p>→ 2 affiches de protocole de lavage des mains, de part et d'autre de l'évier, selon que l'on utilise le lavage à l'eau et au savon ou une solution hydro-alcoolique (SHA) alors qu'il n'y a pas d'essuie-mains à disposition pour le 1<sup>er</sup> et que le SHA est positionné à distance sur le bureau.</p> <p>A noter, lors de la visite du local, à aucun moment, l'un des personnels présent ou entrant ne s'est désinfecté les mains malgré la présence de gel hydro-alcoolique, ni même les infirmiers après avoir rapporté leur chariot de médicaments.</p> <p>Remarque n° 21 : Les règles d'hygiène et des gestes barrières ne sont pas respectées.</p> <p>- Un collecteur DASRI daté est identifié.</p>	R

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>- Un extracteur à restituer auprès de [REDACTED] suite au décès d'une résidente. La procédure de suivi de livraison du matériel respiratoire (extracteur, contracteur, bouteille O<sub>2</sub>) et la date de récupération se fait à l'aide d'un formulaire unique à remplir. Le formulaire présenté est partiellement complété, sur les 3 lignes en cours, le nom d'un seul résident est indiqué.</p> <p>Remarque n°22 : Le suivi de l'utilisation de l'extracteur n'est pas réalisé de façon satisfaisante.</p> <p>- Un concentrateur de dépôt pour recharger les bouteilles d'O<sub>2</sub> en location auprès de [REDACTED] procédure décrite à l'oral : appel de [REDACTED] (contrat au niveau du siège) pour mise à disposition de l'appareil le temps de recharger les bouteilles (généralement 2 jours ; 1 par abus ; 2 abus/4 toujours plein) différente de l'écrit sur le formulaire (demande de préciser notamment le nom du résident, le motif et le prescripteur).</p> <p>- Un meuble évier avec paillasses et placards suspendus : → Un évier avec robinet à commande manuelle avec distributeur mural de savon sans essuie-main jetable ou autre type et boîte de lingettes désinfectantes « DIVERSEY SUMA Alcohol wipes » pour le matériel et les surfaces.</p> <p>Remarque n°23 : Pendant près de deux heures en salle de soins, aucun personnel soignant présent ne s'est lavé les mains.</p> <p>→ Meuble bas : - Stockage d'un spray désinfectant « DIVERSEY GOOD SENSE Breakdown » préparé en interne au niveau de la centrale de dilution. - Le matériel nécessaire en cas AES est incomplet : est à disposition un haricot jetable, un flacon de DAKIN et un récipient stérile. Il manque une paire de gants, des compresses stériles, un sac DASRI, la procédure et un formulaire de déclaration CERFA</p> <p>Remarque n°24 : Lorsque le chariot de pansements est absent du poste de soins, le matériel de premier secours lors d'un AES n'est plus disponible.</p> <p>→ Meubles hauts pour le stockage du matériel nécessaire aux prélèvements d'analyses biologiques, identification des résidents et haricots. - Une poubelle à pieds. - Une armoire basse aux portes ouvertes dans laquelle sont rangés différents classeurs dont : → 2 pour les DLU de l'ensemble des résidents, imprimés.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
			R	<p>Remarque n°25 : Les DLU papiers ne sont pas systématiquement mis à jour.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 1 pour l'ensemble des procédures (par ailleurs accessibles sur le portail informatique ORPEA) ;</li> <li>→ 1 pour les CNO divisé en 2 parties : 1 pour les HP+ et l'autre HP simple dont l'étude des ordonnances mensuelles établies par le médecin coordonnateur ne permet pas de faire la distinction ;</li> <li>→ 1 pour les contentions : 3 prescriptions consultées d'une durée d'un an : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 2 pour la pose de barrières de lit : une de 12h de 20h à 8h sans surveillance, l'autre de 17h à 10h avec une surveillance toutes les 24h ;</li> <li>. 1 pour la pose de ceinture pelvienne de 8h à 20h avec une surveillance toutes les 4h</li> </ul> </li> </ul>	
			R	<p>Remarque n°26 : Les prescriptions médicales de contentions sont d'une année.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 1 pour les comptes rendus des ■ réunions hebdomadaires, les lundis après-midi, une réunion dédiée aux résidents dits en hébergement classique et l'autre dédiée aux résidents de l'Unité Spécifique Adaptée-USA, ancienne Unité Protégée-UP. Ces réunions sont dites « Pluri » pour représentation des différentes catégories professionnelles de soins : MEDEC, IDEC, IDE référente, IDEs, ■ AS par étage, la psychologue et ■ kiné. La ■ se déroule dans la grande salle de l'ex-Accueil de jour au RDC et l'autre, à l'étage même de l'USA pour permettre aux ■ AS et à l'auxiliaire de vie d'y participer.</li> </ul>	
			R	<p>Remarque n°27 : Les médicaments dispensés aux patients présentant des troubles de la déglutition et/ou des troubles de la cognition sont systématiquement écrasés sans tenir compte des recommandations ■■■■■.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un local de réserve en accès unique via le poste de soins contenant le matériel affiché sur la porte d'accès et plus, dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un sac d'urgence : Cf. IL-C-PEC Urgences</li> <li>- Une valisette à roulette à ■ étages pour les 1ères nécessités : Cf. IL-C-PEC Urgences</li> <li>• Un « office de soins » à chaque étage.</li> </ul> </li> <li>- Fermé par code (tous verrouillés lors de mon passage en fin de journée alors que ce n'était pas le cas lors de la visite avec la direction le matin), avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un bureau et ■ sièges avec accès à un ordinateur et une tablette verrouillée sur un pied à roulette permettant l'accès au portail informatisé d'ORPEA dont ■■■■■ et l'ensemble des procédures,</li> </ul> </li> </ul>	

23/124

Points abordés et constatés lors de l'inspection			O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins	Poste de soins autonome si UVP					<ul style="list-style-type: none"> <li>- classeurs avec le plan de soins de chaque résident de l'étage et le type de protections de l'incontinence et de la surveillance à exercer (un par AS),</li> <li>- Une grande paillasse avec un classeur des DLU imprimés des résidents de l'étage.</li> <li>: process mis en place en raison de la situation de l'imprimante au RDC dans un bureau fermé à clé et d'éventuels problèmes d'impression : technique ou fourniture)</li> <li>- des placards hauts et bas au niveau de la paillasse quasiment vide, selon les étages (affaires du personnel) : avec un tensiomètre électronique à piles, un saturimètre et un thermomètre par étage dans un des placards hauts ; seul un étage disposait des 3 éléments ; le matériel disparaissant souvent et étant en stock dans les réserves, l'IDEC devait réapprovisionner les matériels manquants.</li> <li>- un poste de lavage des mains équipés de savon, essuie-main papier, une poubelle à pieds et affichage du protocole de lavage des mains.</li> </ul>	
Locaux de soins	Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé					Celui du RDC	
Locaux de soins	Paillasse pour la préparation des soins					RAS	
Locaux de soins	Collecteurs DASRI OPCT et carton rigide dans le local de soins				R	Remarque n° 28 : La paillasse est encombrée et ne permet pas aux infirmiers de préparer leurs soins ailleurs que sur leur chariot de pansements.	
Appels malades	Réponse au test et délai					Remarque n° 29 : Les poubelles DASRI datent de ■ jours.	
Appels malades	Port par le personnel du dispositif de signalement					Cf. chapitre I-C-1-b	
Appels malades	Enregistrement, traçabilité et vérification des appels			N			
Appels malades	Actions suite à écart par rapport aux réponses à apporter (délai, non réponse)			N			
Appels malades	Au moins une FEI concernant les appels			N			
Dossiers de soins	Rangement des dossiers de soins des résidents dans une armoire non fermée à clé contrevient aux				R	Remarque n° 30 : Les radios des résidents étant parfois trop grandes pour l'armoire fermant à clé, elles sont stockées dans le bureau des médecins et accessibles à toute personne y passant.	Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.
Limitation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés						Local situé à distance du poste de soins, fermé par un code	

## B) Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
ETP MedCo figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité	O			■ ETP en rapport avec la capacité. Le contrat précise des jours de présence différents selon deux périodes, du 15 novembre au 15 avril et du 16 avril au 14 novembre, sans lien avec la date d'embauche le 5 juillet 2021 Par ailleurs, les jours de présence effectifs du MEDEC répondent à la seconde période alors que nous sommes en période ■.	D312-156 et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de medco ou formation continue medco	O			Capacité de gériatrie.	D312-157 CASF
MedCo prescripteur pour N résidents	O			■ résidents en court séjour ou HT, selon le médecin coordonnateur et la liste des médecins traitants (pièce n°12)	D312-159-1
			R	Remarque n°31 : Il n'est pas indiqué dans le contrat du médecin coordonnateur la mission de médecin traitant et aucun contrat-type de médecin traitant n'a été transmis.  Aucun contrat-type de médecin traitant n'a été présenté. L'EHPAD ne bénéficie pas du renfort du temps de médecin prescripteur.	
Date dernier RAMA établi	O			2020 incomplet.	D312-155-3 al 9
			R	Pas de médecin coordonnateur depuis début 2020 Remarque n°32 : Le RAMA 2020 n'a pas été élaboré (hormis la partie statistique issue de ■ par absence de médecin coordonnateur entre la fin du 1 <sup>er</sup> semestre 2020 et le début du 2 <sup>ème</sup> semestre 2021 Sans objet en l'absence de RAMA 2021 et RAMA 2020 incomplet avec notamment aucun axe d'amélioration proposé.	
Axe d'amélioration mentionné dans RAMA ?	O			Prévisionnel selon le calendrier de programmation des CPOM en 2023	
Date dernière et prochaine évaluation PATHOS	O			Selon la liste des médecins traitants communiquée (pièce n°12), ■ médecins traitants suivent ■ résidents dont ■ médecins traitants pour ■ résidents parmi lesquels un médecin traitant suit ■ résidents.	
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?	O			■ résidents sont suivis par le médecin coordonnateur.	
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?		N			
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 ;	O			Prise de fonction en juillet 2021 Fin du PE 2021. Le dernier projet de soins date de 2016. Pas d'ébauche du nouveau PE. (cf. E1)	D312-158 CASF



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
2° Donne 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'institution ;	O			Depuis son arrivée, le médecin coordonnateur travaille avec l'équipe de soins et la direction à la nouvelle définition de l'IP en USA et à l'élaboration de son projet ainsi qu'à la structuration de [REDACTED]. Ces travaux devraient être inclus dans le nouveau PE.	
3° 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 deux fois par an.	O			Tous les dossiers médicaux de demande d'admissions sont étudiés sur pièces et au besoin le médecin coordonnateur appelle le médecin demandeur voire le médecin hospitalier si le demandeur est le médecin ou vice versa. Une fois depuis sa prise de poste, le médecin coordonnateur s'est rendu dans l'hôpital demandeur pour voir l'éventuel futur résident.	D312-158 CASF
4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;	O		R	Remarque n°33 : Les préadmissions sont parfois réalisées sans prise de contact avec le MT ni accès au dossier médical complet du futur résident. CR du 07/12/2021 remis. (pièce n°13) Pas de commission depuis début 2020 par absence de médecin coordonnateur	D312-158 CASF
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	O			Le médecin coordonnateur est arrivée en [REDACTED] et prend ses repères tout en assurant la continuité des soins. La programmation de la validation du [REDACTED] est prévue l'année prochaine selon le calendrier de programmation des CPOM.	D312-158 CASF
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin	O		R	Remarque n° 34 : La MEDEC ne formalise pas ses évaluations du niveau de dépendance ni au regard des besoins en soins des résidents.	
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser	O			Depuis son arrivée : - S'attache à travailler avec les équipes de l'EHPAD et les médecins traitants qui avaient appris à fonctionner seuls depuis près de 18 mois. - Assure les vaccinations COVID-19 au sein de l'EHPAD. Le médecin coordonnateur réalise peu d'évaluations gériatriques cliniques et prévoit d'étendre cette pratique. Elle réalise des examens cliniques des résidents entrants. Elle échange régulièrement avec les médecins traitants, les résidents et leurs familles. Les prescriptions sont évaluées à l'entrée du résident. Selon le médecin coordonnateur, un livret thérapeutique (liste des produits pharmaceutiques référencés dans l'EHPAD) existe et est disponible (non vu), connu des prescripteurs mais non utilisé.	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;				Lors de la dernière commission de coordination gériatrique, le circuit du médicament était une thématique et les points de difficultés y ont été abordés. Les sujets comme l'adaptation du livret thérapeutique au vu de la consommation annuelle ou l'analyse de la conciliation médicamenteuse n'étaient pas à l'ordre du jour. A noter, l'absence de liste des médicaments à écraser ou non et leurs potentiels substituts qui pourrait être proposée par le pharmacien directement dans le livret thérapeutique et complété pour les prescriptions hors de cette liste.  Remarque n° 35 : Le livret thérapeutique n'est pas revu annuellement ni la liste des médicaments écrasables.	
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 ;	O		R	Remarque n° 36: Le médecin coordonnateur ne contribue pas pour le moment à la politique de formation.  Toutefois, il répond aux questions des personnels lors des réunions et autant que de besoins. 13 mini formations (avec identité des personnes présentes) réalisées par l'IDEC ont été organisées en 2021 (pièce n°14): Bien-être du résident ; DASRI ; Parkinson ; Chute (x2) ; Circuit du médicament ; Comportement agressif ; Douleur (x2) ; Situations d'urgence ; Retour d'hospitalisation ... Au dernier trimestre 2021, 2 formations ont été proposées par le groupe ORPEA concernant la formation du référent Bienveillance et de la Prévention de la maltraitance. La formation « Les gestes d'urgences » a été annulée en raison d'un cluster COVID. (pièce n°15)	D312-158 CASF
9° Elabore un dossier type de soins ; 10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;		N		Le groupe ORPEA utilise le logiciel [REDACTED] avec un projet de soins prédefini. Arrivée depuis l'été dernier, le médecin coordonnateur n'a pas eu l'occasion de rédiger de RAMA. Elle devrait rédiger prochainement celui de 2021.	D312-158 CASF D312-158 CASF
10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;		N	R	Arrivée depuis [REDACTED] l'occasion ne s'est pas présentée. Des conventions sont en cours avec différents partenaires et parfois anciennes. Aucune analyse annuelle des conventions n'a été présentée.  Remarque n° 37 : La MEDEC, arrivée depuis [REDACTED] n'a pas eu l'occasion de participer à l'évaluation des conventions entre l'établissement et les établissements de santé dans le cadre de la continuité des soins.	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection			O	N	E/R	Commentaires	Réf.
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents			O			Le médecin coordonnateur a pris contact avec certains acteurs du territoire. L'analyse du fonctionnement des conventions signées permettrait de travailler à fluidifier des parcours. Cf. ci-dessus mission 10°	D312-158 CASF
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;			O			Pour la COVID-19  Une convention (non datée mais prenant effet à compter du 1 <sup>er</sup> juin 2018 comme indiqué dans le corps du texte) a été signée avec le CH4V dans le cadre de la gestion des risques infectieux. Son effectivité n'a pas été recherchée auprès de l'établissement, la convention n'étant pas connue à notre arrivée et elle n'a été transmise qu'après la visite. Cf. ci-dessus mission 5°	D312-158 CASF
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.			O				D312-158 CASF
14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1 <sup>5</sup> .				N			D312-158 CASF

### C) Les soins individuels

Points abordés et constatés lors de l'inspection			O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?			O			Chaque semaine lors de la réunion pluridisciplinaire, la situation des résidents présentant des difficultés est abordée.	Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP

<sup>5</sup> Art L311-4-1 CASF : « I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ».

28/124

Points abordés et constatés lors de l'inspection			O	N	E/R	Commentaires	Ref.
						Un compte-rendu manuscrit est établi selon la procédure du groupe (pièce n° 16 document vierge), n'indiquant que le nom des résidents par nature du sujet abordé, selon la procédure indiquée sur le formulaire-type comme : Mouvements des résidents ; Chute, contention et activité physique adaptée, aides auditives, visuelles et techniques ; Alimentation, dénutrition, déglutition, bucco-dentaire ; Soins de confort ; Cognitivo-Comportemental ... La première thématique concerne les « Résultats des plans d'actions de la précédente réunion ». En consultant le compte rendu de la semaine précédente, il n'a pas été possible de retrouver les points concernés et la recherche sur [REDACTED] avec le médecin coordonnateur ne l'a pas permis non plus à partir d'un résident choisi dans le compte rendu de la semaine précédente.	Article D. 312-155-0 2ème alinéa 20 du CASF
Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre les professionnels de la structure organisées et formalisées ?			O		R	Remarque n°38 : Les trames des comptes rendus de réunions pluridisciplinaires ne permettent pas de retracer les échanges et notamment les plans de soins discutés. Cf. chapitre I-C-1.b et I-C-2.	Article R. 4312-3621 du CSP Article D. 312-15822 du CASF
Evaluation à l'admission Evaluation à l'admission Evaluation à l'admission Evaluation à l'admission Evaluation à l'admission Evaluation à l'admission Evaluation à l'admission	MMS NP-LES Norton ou Braden (escarre) OAG (état buccal) GDS (dépression) Cornell (risque suicidaire) Tinetti (risque de chute)			N			
Macroscibles admission Macroscibles admission Macroscibles admission	matériel alimentation précautions hygiène			N			
PPS PPS PPS	Projet individuel/personnalisé de soins = existence pour chaque résident Réévaluation pluridisciplinaires régulières pour chaque résident		O			PPS existant dans les [REDACTED] dossiers résidents [REDACTED] édités et consultés Réévaluation non présente dans les dossiers édités. Réévaluation du PPS des résidents en fonction de l'évolution de leur état.	
Existence de protocoles de soins infirmiers			O			■ procédures de soins émanant du groupe ORPEA (pièce n°17)	R4311-3 CSP
Analyse des données issues du système de suivi informatisé des plans de soins				N			Commission de gériatrie arrêté 5 sept 2011

Points abordés et constatés lors de l'inspection				Commentaires		Réf.
Dossiers de soins fonction pathologie	Protocole de soins individuels si indiqué en	N				
Dossiers de soins	Suivi de l'état cutané,					
Dossiers de soins	Suivi des plaies,					
Dossiers de soins	Suivi de la prise effective des repas,					
Dossiers de soins	Utilisation par les médecins traitants de la					
fonctionnalité "dossier médical" du SI soins						
Dossiers de soins	Suivi médical des résidents régulièrement tracé					
par leur médecin traitant dans le dossier médical papier						
Dossiers de soins	Tracabilité de l'ensemble des soins d'hygiène	N				
sur l'ensemble de l'établissement sur une semaine (soit le % de						
soins signés/soins prévus)						
PEC urgences	Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés	O				Article D312-158 13° CASF
		E		- Un sac d'urgence : Ecart n° 2 : Le sac d'urgence n'est pas scellé, bien qu'enveloppé de film cellophane. ⇒ Se conformer à la réglementation et respecter les procédures du groupe ORPEA → Absence de la liste récapitulative des composants du sac dans le sac d'urgence.		
		R		Remarque n°39 : Il n'y a pas de registre des utilisations du sac d'urgence ni des prescriptions afférentes.  A noter, depuis l'embauche de l'IDEC le 1 <sup>er</sup> mars 2021, le sac d'urgence n'a pas servi. → Formulaire de suivi de la vérification mensuelle de l'ensemble du contenant du sac (pièce remise non lisible) : . Complété le 03 février 2022, . Liste incomplète : - Poche « Pansements », d'où la présence de matériel périmé :  Remarque n°40 : Du matériel périmé a été retrouvé dans la poche pansements (2 sachets de fil à suture en date d'octobre 2021 et une paire de ciseaux stériles en date de juillet 2021)		
		R		- Absence de GLUCAGON pour lequel il devrait être indiqué sa conservation au réfrigérateur.		

30/124

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
PEC urgences par le MedCo				<p>Inadapté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle mensuel effectif alors que le formulaire (pièce remise non lisible) indique tous les 3 mois et signifierait la péremption en avril 2020 du set de perfusion et des 20 ampoules de SCOBUREN 20mg.</li> <li>- Modification manuscrite de la quantité de 3 médicaments : 10 ampoules d'ADRENALINE au lieu de 3, 20 ampoules de SCOBUREN 20mg au lieu de 10 et 10 ampoules de G30% au lieu de 1 ;</li> </ul> <p>→ Etiquetage imprécis des poches du sac et contenant dispersé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. La poche « matériel courant » ne permet pas de repérer la nature des dispositifs médicaux disponibles pour la prise des constantes et de 1ers gestes d'urgence (tensiomètre, thermomètre, saturomètre, glucomètre, gants, ciseaux, couverture de survie ...)</li> <li>. Les 2 poches « médicaments » n'orientent pas sur les spécialités présentes dans chacune ; il suffirait d'indiquer Médicaments 1 et Médicaments 2 en lien avec la liste des dispositifs médicaux et médicaments présents dans le sac d'urgence.</li> </ul> <p>→ Absence de sondes urinaires ;</p> <p>→ Autres matériels à disposition dans le local de réserve du poste infirmier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Une planche de massage cardiaque</li> <li>. Un défibrillateur cardiaque</li> <li>. Un aspirateur à mucosité</li> <li>. 4 obus O<sup>2</sup></li> <li>. 3 extracteurs à O<sup>2</sup></li> <li>. Un tensiomètre sur pied</li> <li>. Un chariot à pansement</li> <li>. Un fauteuil roulant non indiqué sur l'affiche de la porte et encombrant l'espace ;</li> </ul> <p>- Une valisette à roulette à 2 étages pour les 1ères nécessités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Non scellée, enveloppée de film cellophane alors que le formulaire indique en observation qu'il est scellé et la procédure du groupe ORPEA également (pièce n°18).</li> <li>→ Registre de suivi d'utilisation et prescriptions non vus</li> <li>→ Formulaire de suivi de la vérification mensuelle de l'ensemble du contenant de la valisette complétée le 03/03/2022 (pièce remise non lisible).</li> <li>→ Le formulaire (pièce remise non lisible) comporte des dispositifs et médicaments hors du champ de 1ères nécessités en lien avec le sac d'urgence</li> <li>. Stockage en vrac ne permettant pas de visualiser les différents médicaments non regroupés par spécialité,</li> <li>. Présence d'au moins 2 médicaments non spécifiés sur la liste de contrôle du groupe ORPEA alors qu'ils sont présents sur celle de l'officine chargée</li> </ul>	

31/124

Points abordés et constatés lors de l'inspection				O	N	E/R	Commentaires	Réf.
PEC urgences	Défibrillateur cardiaque présent et vérifié						d'assurer l'approvisionnement : 1 tube de KETUM gel 2,5mg et 2 boîtes de SMECTA	
PEC urgences	Au moins une bouteille ambu 02 fonctionnelle			O			Hamoriser la convention avec l'officine (pièce n°19) et la procédure La convention passée avec l'officine prévoit que le pharmacien établit la liste et en assure la gestion. En réalité, l'IDE référente contrôle mensuellement les dates de péremption des médicaments du stock. Le médecin coordonnateur a prévu de la revoir.	
Etat cutané, pansements	Nombre de résidents avec escarre				N		Présent non vérifié	
Etat cutané, pansements	Stock vérifié de pansements anti-escarres utilisables sans délai						4 bouteilles O²	
Etat cutané, pansements	% résidents avec matelas anti-escarre							
Etat cutané, pansements	% chambres avec système de rail							
Evaluation psychologique et psychiatrique ressources et partenaires identifiés en gérontopsychiatrie					N		Aucune évaluation n'a été étudiée. Une psychologue CMP est présente et vient d'arriver. Les partenaires en géronto-psychiatrie sont identifiés au niveau de la filière gériatrique. La prise en charge des résidents complexes présente des difficultés majeures. Le CMP de secteur ne se déplace pas, ni un psychiatre à proximité de l'établissement. Les partenariats sont à développer avec la filière gériatrique et l'EMPSA.	RBPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, 2014.
Evaluation psychologique et psychiatrique veille organisée des situations à risque								
Evaluation psychologique et psychiatrique Dates des 3 dernières consultations de géronto-psychiatrie pour des résidents								
Contentions	Nombre de contentions prescrites				N			
Contentions et tracée	Prescription médicale des contentions vérifiable			O		R	3 prescriptions médicales de contention ont été regardées : - 2 pour la pose de barrières de lit : une de 12h de 20h à 8h sans surveillance, l'autre de 17h à 10h avec une surveillance toutes les 24h ; - 1 pour la pose de ceinture pelvienne de 8h à 20h avec une surveillance toutes les 4h ⇒ Durée d'un an de la prescription médicale qui est trop longue dont la surveillance est à tracer dans le dossier du résident quotidiennement HAS-ANAES 2000 Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée : prescription par 24h, motivée, à réévaluer avec information et recherche du consentement	Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ANAES octobre 2000
Contentions	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription				N			



Points abordés et constatés lors de l'inspection			O N		E/R	Commentaires	Réf.
Contentions contentions/nb présents)	% de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)		N				
Contentions hors "urgence")	% d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")	O				Pas objectif La notion de recherche d'accord est indiquée sur toutes les prescriptions.	
Douleur douleur depuis 3 mois	% de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 3 mois		N				Article L1110-5 CSP, article L1112-4 CSP, Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, 2012.
Odontologie	Consultations d'odontologie sur place ?		N				
Nutrition	% de résidents dénutris (NETSOINS® permet de les identifier automatiquement en classant la dénutrition en « sévère » ou « modérée »...		N				
Nutrition	Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique						
Nutrition	date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)						
Nutrition	date dernière intervention d'un diététicien						
Fin de vie	Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance		N				Article L1111-11 et R1111-19 CSP, article D312-158 CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Fin de vie	Nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées		N				
Fin de vie	Dernière intervention tracée du réseau de soins palliatifs		N				
Fin de vie	Dernière intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou de la filière gériatrique	O				L'association [REDACTED] sont intervenues dans l'EHPAD le 15 février 2022 pour l'accompagnement d'un résident en fin de vie qui est décédé dans la nuit suivante. Le médecin coordonnateur a expliqué une prise en charge de fin de vie tardive du résident, son état clinique et de dépendance s'étant dégradés en 2-3 jours alors que préalablement ils étaient relativement conservés malgré une pathologie évolutive. Par ailleurs, le projet de vie du résident était de changer d'établissement pour s'installer dans le sud de la France. Elle souhaite mettre en place pour les résidents présentant une pathologie évolutive le principe de dossier dormant avec les services de l'HAD pour anticiper des fins de	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>vie dans des situations précaires et améliorer ainsi la qualité de la prise en charge jusqu'au bout de la vie.</p> <p>⇒ La prise en charge de fin de vie d'un résident présentant une pathologie évolutive pour laquelle il avait été admis n'a pas été anticipée. La convention signée avec [REDACTED] en juin 2021 a été remise mais pas celle de [REDACTED] alors que l'EHPAD a l'habitude de travailler avec eux. La procédure n'a pas été contrôlée.</p>	L1112-4 CSP, L311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci	O				Article R. 4311-3 du CSP23 Article D. 312-15824 du CASF DGS/DGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007
Est-ce que Les soins sont encadrés par des protocoles adaptés, diffusés aux équipes et appropriés par elles : notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres, dénutrition ?				Cf. chapitre II-B-mission 8° (pièce n°14)	
Les soins du résident peuvent être adaptés à ses besoins individuels :		N		Appréciation au regard des dossiers analysés par les soignants de la mission (dossiers médicaux pour les médecins, dossiers de soins pour les soignants non-médecins <sup>6</sup> ).	Article L311-3 CASF L. 1112-4, et L. 5126-6 CSP, R4311-3 à 5, R4312-15 et R5120-113, CSP

<sup>6</sup> Dans l'analyse des dossiers de soins (dossiers médicaux + transmissions soignantes) : Vigilance sur la présence d'une grille d'évaluation de la douleur dans le dossier médical, la prescription, l'évaluation régulière et le suivi de la prise en charge de la douleur, Vigilance sur la prise en charge et évaluation des chutes, Vigilance sur le suivi de la nutrition, la prévention de la dénutrition Vigilance sur la prévention et le traitement des escarres, Vigilance sur les contentions : prescription, suivi, évaluation régulière et la recherche du consentement éclairé de la personne ou de son représentant.

## D) La prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi	O			Les résidents gèrent leur traitement à l'aide du pilulier préparé par la pharmacie. Ils sont à l'aise.	
Les résidents "à risque" (troubles de la mémoire, troubles cognitifs, ...) ont été identifiés :		N			
Convention avec une officine pharmaceutique	O			(pièce n°19)	L.5126-6-1 CSP
Date de la dernière réunion d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine (avec CR)	O		R	Pas de document. Le sujet est discuté lors de la commission de coordination	
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.	O			L'EHPAD ne réalise pas l'analyse des conventions signées avec des partenaires (pièce remise non lisible)	L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 13°)
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.	O			L'IDEC est le référent.	CASF
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médicaments l'utilisant	O			Cf. chapitre II-B-mission 7° Document non demandé	
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.	O		R	Le personnel dispose des recommandations sur les médicaments à écraser ou pas de l'OMEDIT publié en juin 2018. Une liste en lien avec le livret thérapeutique et le pharmacien permettrait d'en réduire le volume et de le simplifier sous forme de fiche à mettre à disposition dans chaque chariot de distribution des médicaments.	
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?	O			La préparation des doses à administrer se fait manuellement à l'officine après saisie des ordonnances dans le logiciel par le pharmacien, selon la convention. Que les ordonnances soient manuscrites ou saisies dans le logiciel, elles sont faxées à la pharmacie. Les traitements sont laissés ou non (pour les comprimés nécessitant d'être coupés) dans leur blister et placés dans une cupule scellée par une étiquette imprimée à l'aide du logiciel. Dans lequel les prescriptions médicales ont été saisies par le pharmacien ou le personnel. Cette étiquette identifie le résident (nom et numéro de chambre), l'adresse spécialisée avec le dosage et le nombre ainsi que le jour et le moment de la prise. Un code couleur d'impression de l'adresse spécialisée associé aux initiales HP (Hors Pilulier) permet à l'IDE de repérer si un traitement hors pilulier est à ajouter lors de la distribution des traitements. Les piluliers sont composés de 28 cupules (7 rangs sécables pour les 7 jours de la semaine avec par jour 4 cupules sécables pour 4 temps éventuels de prise par jour).	

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Réf.
La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée	O				
Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)	N			<p>Commentaires</p> <p>Dans la convention, [REDACTED]</p> <p>Selon la convention signée avec le pharmacien, il existe 2 contrôles au niveau de la pharmacie et 1 à l'EHPAD.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le 1<sup>er</sup>, au temps : contrôle effectif du travail des équipes par le pharmacien.</li><li>- Le 2<sup>ème</sup>, une fois les piluliers constitués : a minima un contrôle de 1 cupule préparée sur les 7 du plateau pour vingt pour cent (20 %) de résidents différents. En cas d'erreur, un contrôle exhaustif devra être réalisé.</li></ul> <p>Le pharmacien trace son acte de contrôle dans un logiciel de préparation connecté en bidirectionnel à [REDACTED]</p> <p>Si L'EHPAD constate une anomalie dans la préparation des piluliers, il contacte l'officine et le pharmacien doit alors intervenir avant la prochaine distribution pour recontrôler l'ensemble des piluliers.</p> <p>Document remis [REDACTED] la version date de novembre 2018 et n'est plus à jour. Elle fait référence à une scannette qui n'est plus en usage dans l'établissement ; de même pour la procédure « CIRCUIT DU MEDICAMENT – GESTION DU RANGEMENT ET DE LA PREPARATION DES MEDICAMENTS DELIVRES » [REDACTED]</p> <p>Remarque n°41 : l'organisation de la distribution des médicaments de l'établissement ne répond pas à la procédure du groupe.</p> <p>⇒ Les procédures du groupe doivent être adaptées à chaque établissement.</p> <p>Dans la journée, les 2 IDE partent aux temps de distribution des traitements (matin, midi et soir) avec leur chariot stocké dans la pharmacie.</p> <p>L'observation de la distribution des traitements à l'heure du déjeuner a été observé à l'UP, où 3 personnels s'affairaient autour des résidents, dont 2 assises sur des tabourets autour de la table du déjeuner.</p> <p>Le chariot dispose de plateaux-tiroirs sur lesquels sont placés les piluliers du jour depuis le matin. L'IDE écrase les traitements de la plupart des résidents, identifie le résident en l'appelant par son nom et mélange les traitements écrasés à une cuillerée de nourriture ou selon les goûts à de la compote ou autre. Il se présente de côté et veille à pouvoir se positionner presque de face pour mettre la cuillerée dans la bouche, sans toutefois s'assurer que la bouchée est déglutie. Pour les résidents pouvant avaler les comprimés, et selon leurs capacités, il les leur pose à côté de l'assiette, ou les donne dans la main ou encore les place dans la bouche.</p>	R.4311-4 CSP
Organisation de la distribution des médicaments; modalités de préparation et vérification des doses à administrer	O		R		

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>La procédure de distribution n'est pas respectée le jour de l'observation (pièce n°20), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le classeur de traitement n'est pas consulté au temps de l'ouverture de la cupule pour comparer son contenu à la prescription sur le chariot pour contrôler</li> <li>- Les médicaments ne sont pas déballistés devant le résident ni donner un à un, notamment lorsqu'ils sont écrasés.</li> <li>- Le temps de la déglutition n'est pas systématiquement observé pour tous les résidents de l'unité protégée.</li> <li>- Pour certains résidents, les médicaments écrasés sont mélangés à la nourriture.</li> </ul> <p>Ecart n°3 : la distribution des médicaments n'est pas sécurisée.</p> <p>E</p> <p>R</p> <p>Ni celle de l'écrasement des médicaments, notamment :  - Ecrasement de tous les médicaments dans le même temps  - Médicaments écrasés mélangés à la nourriture</p> <p>Le temps de la traçabilité n'a pas été observé.</p> <p>Cf. ci-dessus</p> <p>Non effectuée Cf. ci-dessus</p> <p>Article R4312-10 CSP</p>	
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration	O				
Organisation de la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments	O				
L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") :		N	R	Lors de l'entretien avec le médecin coordonnateur, il a été indiqué que la traçabilité des traitements « si besoin » était à améliorer.	
Modalités de mise en œuvre des modifications de prescriptions avant l'échéance du terme de la préparation hebdomadaire		N			Article R4235-48 CSP
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y.c pour les administrations de nuit)	O			Pour les traitements de nuit, l'établissement travaille en mode dégradé, selon la procédure du groupe ORPEA, puisqu'il n'y a pas d'IDE la nuit. (pièce n°20)	Articles R. 4311-3 et -4 CSP
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	O			NON, seules les IDE ou AS en mode dégradés sont habilités à distribuer les médicaments selon la procédure « CIRCUIT DU MEDICAMENT - DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS »	L313-26 CASF
Les IDE participent à la prise des médicaments lors des repas ? Seules les AS et AVS réalisaient l'aide à la prise ?	O			Les IDE de jour et une AS de nuit formée distribuent les médicaments.	
Coffre pour produits stupéfiants	O			<p>Document demandé</p> <p>La procédure du groupe ORPEA n'est pas respectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les fiches de gestion du stock ne sont pas vérifiées mensuellement par le médecin coordonnateur et encore moins datées et signées</li> <li>- Les fiches individuelles de gestion des stocks : la 1<sup>ère</sup>, présentait des suppressions de données sur une ligne complète ; la 2<sup>ème</sup>, le stock restant était rayé sans pour autant avoir d'erreur dans les doses administrées et le stock restant ; la 3<sup>ème</sup> avait une erreur d'indication de lot. Le lot précédent a été reporté pendant de nombreux jours ;</li> </ul>	Article R.5132-26

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
			E	<p>Dans le coffre, pour un résident, la boîte vide restante ne correspondait pas au lot sur l'ordonnance, pour un autre, le stock restant dans une boîte ne répondait pas non plus au numéro de lot sur l'ordonnance.</p> <p>Ecart n°4 : la gestion des stupéfiants n'est pas conforme à la procédure ni sécurisée.</p> <p>Par ailleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fiche de restitution des non-utilisés co-signée n'a pas été vue et l'ordonnance, le suivi de l'administration et du stock d'un traitement « stupéfiants » à restituer étaient placés dans une enveloppe kraft non scellée à remettre au livreur de la pharmacie lors de son prochain passage</li> <li>- I- l n'y avait pas de chlorhydrate de morphine conservé dans le coffre au titre du stock de 1ères nécessités</li> </ul> <p>Cf. ci-dessus</p>	Article R5132-36 CSP
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	O				
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?	O			Cf. ci-dessus	

## CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD ORPEA La Garenne, géré par le groupe ORPEA a été réalisée de façon inopiné le 15 février 2022.

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

- De gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- D'organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante.

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

Fait à Nanterre, le 25 février 2022

L'inspecteur	Le médecin inspecteur
Le chef de la Contractualisation, Tenification, contrôle des ESIS	



## 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  
**RBPP** : Registre des bonnes pratiques professionnelles  
**RDF** : Règlement de fonctionnement  
**UHR** :  
**UVP** : Unité de vie protégée

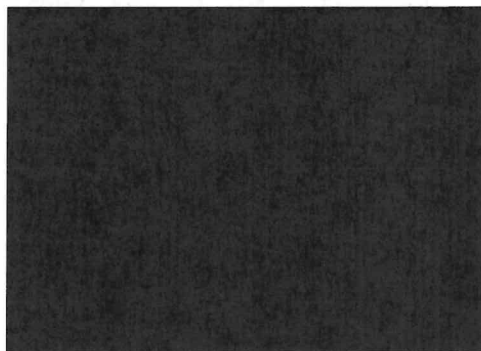
## ANNEXES

### Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale  
Des Hauts-de-Seine



Nanterre, 10/02/2022

Mesdames, Messieurs,

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

Ce programme, 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, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD ORPEA La Garenne, situé 31/33 rue de l'Aigle à La Garenne-Colombes (FINESS n° 920029105) 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 bientraitance
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance

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 :

Pour sa composante ARS :



A l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai d'une semaine à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecteur. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration.

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

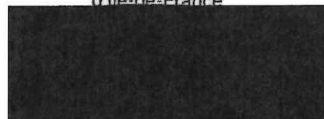
Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

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



Elodie MARCHAT

La Directrice générale de  
l'Agence régionale de santé  
d'Ile-de-France



Amélie VERDIER

<sup>1</sup> Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre autres mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

<sup>2</sup> Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

## Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation	Observations
<b>I-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</b>			
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	copie	OUI
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	copie	OUI
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie	
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie	
5	Calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2022	copie	
6	PE et Projet de soins	copie	
7	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf)	copie	
8	Plannings des équipes de soins jour/nuît des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur	copie	
9	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie	
10	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	3 copies NETSOIN
11	Dossiers RH des salariés	Consultation	
12	Les fiches de tâches horaires des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	copie	
13	Les fiches de tâches horaires des ASH	copie	
14	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	copie	
15	Copie des registres des délégués du personnel	consultation	
16	Cahiers des Délégués du personnel	consultation	
<b>II-La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance</b>			
17	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation	
18	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie	
19	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	copie	
20	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Copie ou consultation	
21	CR des réunions du CVS/2021 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	copie	
22	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M 2022) ; extraction de J-1 et de la nuit écoulée	consultation	
23	Registre de sécurité	consultation	
<b>III-L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante</b>			
24	Cahiers de transmission et de suivi, et autres supports de communication en interne		

25	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	copie	OUI
26	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	copie	OUI
27	Dossiers des résidents : projets de vie/de soins	Consultation	3 copies NETSOIN
28	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	copie	OUI
29	Liste nominative des médecins traitants des résidents	copie	oui
30	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	copie	OUI
31	Collaboration du médecin coordonnateur avec l'EMG, les réseaux de soins palliatifs, les services de HAD et les services de psychiatrie.	copie	NON, entretien
32	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	copie	- 1 kiné vu -les médecins traitants, pas consultés
33	Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et rapport de la commission gériatrique annuelle	copie	OUI
34	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins dont chute, douleur, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	consultation	Copie
35	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	copie	oui
36	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	copie	oui
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance			
37	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Equipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	copie	
38	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois en cours	copie	
39	Tableau des ETP du mois en cours		
40	Factures 2019 et 2021 des consommables sv : protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres et des locations sv : lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres,		