

Délégation départementale du Val-d'Oise

Conseil départemental du Val-d'Oise

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Primevères » 110 rue de Professeur Calmette – 95120 ERMONT N° FINESS : 95 000 011 7	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2024_IDF_00071 Inspection du 18 novembre 2024	
<u>Mission conduite par :</u> – Madame [REDACTED], inspectrice au titre de l'article L. 1435-7 du CSP, Coordinatrice de la mission d'inspection, désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise; – Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise ; – Monsieur [REDACTED], chef de service Qualité et contrôle des ESSMS, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val-d'Oise ; – Monsieur [REDACTED] chargé de suivi et de contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val-d'Oise. <u>Accompagnée par :</u> – Madame le [REDACTED] médecin désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise.	
<u>Textes de référence</u>	- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique - Article L.1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	12
Animation et fonctionnement des instances.....	19
Gestion de la qualité	20
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support.....	24
Gestion des ressources humaines.....	24
Gestion budgétaire et financière	31
Gestion d'information	31
Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	32
Sécurités.....	34
Prises en charge (le volet soin/médical est traité dans la note en annexe 3)	36
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	36
Respect des droits des personnes.....	38
Vie sociale et relationnelle.....	40
Vie quotidienne. Hébergement	40
Relations avec l'extérieur (note annexe 3)	42
Coordination avec les autres secteurs	42
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	43
Écarts	43
Remarques	44
Conclusion	45
Glossaire	47
Annexes	48
Annexe 1 : Lettre de mission	48
Annexe 2 : Liste des documents administratifs demandés et des documents transmis.....	50
Annexe 3 : Note du médecin de l'ARS sur les constats de la prise en charge médicale	52

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée au sein de l'EHPAD sur une journée, de manière inopinée, conjointement par l'ARS et le Département du Val-d'Oise.

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

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
9. Sécurités

PRISE EN CHARGE (le champ soin/médical est traité dans la note en annexe 3)

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR (cf. la note en annexe 3)

14. Coordination avec les autres secteurs

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction et des professionnels de l'établissement.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection.

Un retour des constats actés dans ce rapport a été fait à l'issue de la journée d'inspection auprès du personnel administratif, médical et paramédical qui ont pris acte des écarts à la norme et de l'importance d'y remédier sans attendre la réception du rapport d'inspection.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription de l'EHPAD « Les Primevères », situé 110 rue du Professeur Calmette à Ermont (95120), FINESS ETABLISSEMENT N°950000117, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 18 novembre 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Département du Val d'Oise.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE (le champ soin/médical est traité dans la note en annexe 3)

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR (cf. la note en annexe 3)

14. Coordination avec les autres secteurs

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

La liste des documents, sur le volet administratif, demandés et transmis figure en **annexes 2**

La liste des documents, sur le volet médical, demandés et transmis figure en **annexe 3**.

Présentation de l'établissement

Situé au 110 rue du professeur Calmette à Ermont (95120), l'EHPAD « les Primevères » est géré par l'association ARPAVIE.

Sa capacité actuelle théorique est de 72 places au total, réparties en 70 places en hébergement permanent et 2 places en hébergement temporaire.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale pour 30% de sa capacité en hébergement, soit 22 places.

Les 67 résidents accueillis (*) le jour de la visite étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Les Primevères, 2024	9%	35%	28%	28%	0%
IDF ¹	15%	42%	20%	18%	5%

(*) source : liste des résidents remis à la mission d'inspection le jour de la visite.

¹ ARSIF, TDB de la performance, Données 2022, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Primevères			
Nom de l'organisme gestionnaire	ARPAVIE			
Numéro FINESS géographique	95 000 011 7			
Numéro FINESS juridique	75 005 831 5			
Statut juridique	Privé à but non lucratif			
Option tarifaire (Partielle ou Globale)	Partielle			
PUI (Oui ou Non)	Non			
Capacité de l'établissement - Article L.313-22 du CASF		Autorisée	Installée et financée	Occupée
	HP	70	70	67
	HT	2	2	0
	AJ	0	0	0
	PASA	0	0	0
	UHR	0	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Selon autorisation : 22 (30% de la capacité installée) Présent dans l'établissement le jour de la visite : 18			
Derniers indicateurs GMPS	PMP : 217 (validé le 21/06/2019)			
	GMP : 760 (validé le 21/06/2019)			
Contractualisation	CPOM non signé			
Expérimentation en cours	Aucune			

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.0.0	Conformité aux conditions d'autorisation				
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la situation administrative de la structure est à jour - Vérifier que la structure informe les autorités d'autorisation de l'évolution de ses missions et de son fonctionnement À l'occasion du contrôle, s'assurer que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique			
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	Géré par le Groupe ARPAVIE, il s'agit d'un EHPAD privé à but non lucratif. Le groupe ARPAVIE gère six EHPAD dans le Val d'Oise, dont celui inspecté.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ? La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?	L'établissement est composé d'un unique bâtiment organisé sur trois niveaux (rez-de-chaussée avec 2 étages desservis par deux ascenseurs). Les locaux sont répartis comme suit : RDC : - L'accueil - L'entrée est sécurisée par un SAS avec digicode - Le secrétariat - Le bureau de la direction - Le local médical - L'infirmier - Le bureau de l'IDEC - Salle de transmission - Un salon ouvrant vers l'extérieur - La cuisine - La salle de restauration (capacité 50 résidents) - Le salon de coiffure (avec tarifs affichés)		L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD attachée) D313-15 CASF (% par GIR) "accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)

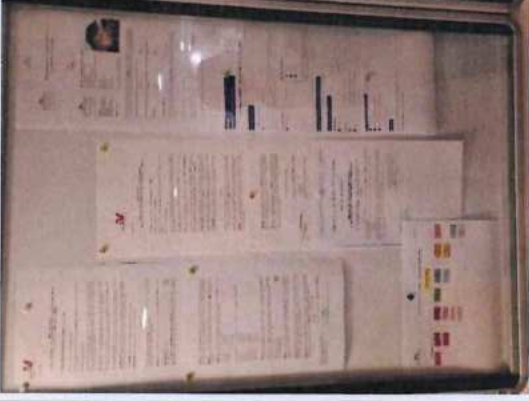
N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- 24 chambres individuelles réparties en deux unités de 12 (une unité par aile) composées d'un office avec espace SAM - Le local ménage, réserve et linge sale - WC commun et WC du personnel 1^{er} étage : - Le bureau partagé de la psychologue et de la psychomotricienne - 24 chambres individuelles réparties en deux unités de 12 (une unité par aile) composées d'un office avec espace SAM - Salle d'activité partagée entre la kinésithérapeute et la psychomotricienne - Une salle de bain type balnéothérapie - Un local de nuit destiné au stock pour la nuit des médicaments et des protections/matériels - Une bibliothèque - Une salle sensorielle (en cours d'aménagement) - WC commun et WC du personnel La salle de balnéothérapie ne présentait pas de signes d'usage. 2^{ème} étage : - Une salle d'animation - Une salle de réunion - Bureau de l'animatrice - 24 chambres individuelles réparties en deux unités de 12 (une unité par aile) composées d'un office avec espace SAM - Local ménage, linge propre/sale - WC commun - Salle de bain - Salle du personnel La mission d'inspection a constaté que plusieurs locaux étaient hors d'usage : - les WC commun des 3 niveaux étaient condamnés - la salle de bain du 2^{ème} étage était condamnée		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Par ailleurs il a été constaté qu'un espace identifié comme « salle du personnel » était dédié à de l'hébergement (chambre). L'établissement ne dispose que de chambres individuelles, il n'accueillait pas de couple le jour de la visite. Chaque niveau dispose d'un office avec SAM. Cet espace sert pour les petits déjeuner et le repas du soir des résidents qui ne souhaitent pas rejoindre la salle de restauration au RDC. Selon les indications de l'établissement, l'ensemble des résidents déjeune dans la salle de restauration pour le repas du midi. Un lève-personne est disponible à chaque niveau. Au sous-sol se trouve les locaux techniques, le groupe électrogène, les réserves, les vestiaires H/F et la lingerie. On y trouve également, une ancienne grande salle de kinésithérapie en travaux (à la suite d'un dégât des eaux). A la fin des travaux, elle sera affectée comme salle du personnel, selon les indications de la direction. Sur les 72 lits autorisés, 67 étaient occupés. Soit un taux d'occupation de 93%. Les deux lits d'hébergement temporaire, identifiés et localisés au 1^{er} étage pour l'un et au 2^{ème} étage pour l'autre, étaient vacants. Comme indiqué en page 7, le CPOM n'est pas signé.		
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ? La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ? Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en termes de nombre de personnes prises en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			L313-11 CASF (CPOM) L313-12 CASF (contenu CPOM)
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation				

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, - état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	Le jour de l'inspection, 67 résidents étaient présents dont : - 9% en GIR 1 - 35% en GIR 2 - 28% en GIR 3 - 28% en GIR 4 - 0% en GIR 5 et 6 Au regard des GIR transmis, l'établissement accueille moins de 50% de résidents en GIR 1 et 2. L'établissement ne dispose pas d'unité ou de dispositif de prise en charge spécifique, hormis deux lits en hébergement temporaire. Selon les indications transmises, 8 résidents bénéficient d'une mesure de protection, soit 12% de la capacité occupée de l'établissement. Les mesures sont réparties comme suit : - 4 résidents sous tutelle - 4 résidents sous curatelle		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.0.0	Management et Stratégie				
1.2.1.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résident ?	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour en 2023 après consultation et avis favorable des membres du CVS (cf. CR du CVS du 14/04/2023), afin d'apporter les modifications prévues par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des ESSMS.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Une information présente sur le tableau d'affichage précise que le règlement de fonctionnement est consultable à l'accueil. 		
1.2.1.2	Management et Stratégie	Contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.	Le règlement de fonctionnement comporte les dispositions applicables dans l'établissement en matière de : - garantie des droits et libertés de la personne accueillie, - admission, - prestations et services proposés à la personne accueillie, - règles de vie en collectivité et obligations de la personne accueillie, - affectation, conditions d'accès et d'utilisation des locaux, - régime de sûreté des biens et sort des biens mobiliers en cas de départ ou de décès, - respect des termes de l'accompagnement.		R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le dernier projet d'établissement a été élaboré en 2023 et couvre la période 2023-2028. D'après le compte-rendu du conseil de la vie sociale du 08/12/2023, une présentation et des échanges ont eu lieu sur les objectifs et actions retenus.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le projet d'établissement doit contenir les volets : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement est structuré en 3 parties : - Partie 1 : Présentation de l'établissement : valeurs associatives, population accueillie, enjeux et missions, projet architectural, environnement externe, etc. - Partie 2 : Méthodologie d'élaboration du projet. - Partie 3 : Présentation des objectifs autour des thèmes suivants : projet de vie, soin, qualité et gestion des risques, projet social et ressources humaines, communication et partenariats.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88, I, 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS* Anesm-HAS
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les caractéristiques du trinôme de direction et encadrement (directeur, IDEC, MedCo) - Vérifier les liens entre la direction et les professionnels (réunion, audit interne, ...) Principales catégories de risques possibles : Managérial et social			
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	L'établissement est dirigé depuis janvier 2022 par [redacted] Un organigramme nominatif actualisé est affiché au sein de l'établissement. Le directeur ne dispose pas de poste d'adjoint. En l'absence du directeur l'IDEC assure la continuité de l'établissement. Or, aucun élément n'a été transmis sur l'existence d'une subdélégation de pouvoir du directeur auprès de l'IDEC.	E1	L315-17 (dir EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Le CODIR - auquel assiste le directeur, l'IDEC, le MedCo, la psychologue, l'assistant de gestion et le secrétaire de direction - a lieu tous les jeudis. Le directeur accompagné de l'IDEC rencontre également une fois par mois chaque équipe (IDE, soin et ASH).		
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation fréquente des personnels, - affaires prud'homales, - suivi TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats.... Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Les entretiens menés avec différents professionnels traduisent un climat social serein au sein de l'établissement, souligné à de multiples reprises par une très grande disponibilité et une écoute du directeur et/ou de l'IDEC en particulier.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et Stratégie		Le siège d'Arpavie prend en charge plusieurs fonctions supports parmi lesquelles : - le recrutement des postes stratégiques - le pilotage budgétaire et financier de l'établissement.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	Le directeur est affecté à temps plein à l'EHPAD Les Primevères depuis sa prise de poste en janvier 2022. Une fiche de poste précise le cadre général de la mission de directeur d'EHPAD, la liaison hiérarchique avec le(la) directeur(trice) territorial(e), les relations internes et externes, les domaines d'activité (gestion des relations clients et du réseau externe ; gestion financière ; management ; gestion technique) et les compétences attendues. Une délégation de pouvoirs et de signature a été accordée au bénéficiaire de la matière de fonctionnement général de l'établissement, de gestion des ressources humaines, de gestion budgétaire et financière, etc. Toutefois, ce document signé en 2017, soit il y a 8 ans, gagnerait à être mis à jour au regard des récentes évolutions réglementaires.	R1	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?			D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Le directeur et l'IDEC exercent des astreintes administratives en alternance une semaine sur deux. Une cellule de crise à l'échelle d'Arpavie existe également en cas de problème technique ou sanitaire. De plus, un fascicule précise les conduites à tenir en cas d'absence de la direction. Le planning des astreintes et le numéro de téléphone sont affichés à l'infirmerie, valable 7 jours / 7 (y compris jours fériés et week-end) et 24 heures / 24.		
1.2.2.9	Management et Stratégie	Le jour J, la direction de l'EHPAD est-elle présente ? Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	La mission s'est présentée devant l'établissement à 8h41. Elle a été accueillie à 8h46 par une infirmière. A son arrivée, la mission l'a informée du motif de sa présence et lui a remis les documents à préparer. La visite des locaux s'est effectuée en présence de l'IDEC. Le directeur a rejoint la mission d'inspection à 10h.		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'Établissement ?	cf. point 1.2.2.1		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	cf. point 1.2.2.1		D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre catégorie A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	L'EHPAD dispose d'une IDEC présente à temps plein. Celle-ci a un diplôme d'Etat d'Infirmier et a validé une formation « Être Infirmière Coordinatrice en EHPAD ».		HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	Un médecin coordonnateur est présent à 0,50 ETP. Ce temps est légèrement inférieur au temps requis de 0,60 ETP pour un établissement de capacité entre 60 et 99 places. Le médecin coordonnateur n'assure pas d'astreintes médicales (source : entretiens).	E2	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? : - DU de Médecin coordonnateur en EHPAD - et/ou des capacités de gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le médecin coordonnateur est inscrit au tableau de l'Ordre en tant que gériatre et a une capacité de gériatrie (source : diplômes, annuaire des professionnels de santé basé sur les données de l'Agence du Numérique en Santé).		D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo)
1.2.2.17	Management et Stratégie	Le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Le médecin coordonnateur et le directeur ont signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions.		décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo) D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'établissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Managérial - Social - Médiatique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine	L'ensemble des affichages réglementaires sont à disposition au sein de l'établissement cependant l'affichage du numéro ALMA est absent.	E3	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA			

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.0.0	Animation et fonctionnement des instances				
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes	Les membres actuels du CVS ont été élus en date du 2 décembre 2022. Le CVS est composé entre autres de trois représentants des résidents (2 titulaires et 1 suppléant dont 1 assure la présidence) et de 4 représentants des familles (2 titulaires et 2 suppléants), tel qu'affiché dans l'établissement. 		D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jours ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	D'après le règlement intérieur du CVS, le CVS se réunit 3 fois par an sur convocation du Président. L'ordre du jour est fixé et signé par le Président en concertation avec la direction de l'établissement, et est porté à la connaissance des membres au moins 15 jours avant la tenue du CVS et accompagné des informations nécessaires. Le relevé des conclusions du CVS signé par le Président, est consultable sur site par voie d'affichage et transmis à chaque membre de droit. Le règlement de fonctionnement a été approuvé par les membres du CVS lors de sa réunion du 14 avril 2023.		D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimums du CVS + répartition membres du CVS Résident/famille->à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée des mandats fixée dans le règlement) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (attribution) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 15 jours avant) D311-18 CASF (participation de tiers extérieurs) D311-19 CASF (règlement intérieur) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS + transmission aux ACT + rapport d'activité annuel)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EH PAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	Les membres du CVS de l'établissement sont informés des dysfonctionnements intervenus au sein de l'EH PAD, les EIGs et réclamations sont inscrits dans les comptes-rendus transmis à la mission d'inspection. La mission d'inspection constate des manquements quant aux retours et aux analyses de ces dysfonctionnements, les analyses et les retex ne sont pas formalisés.	E4	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.0.0	Gestion de la qualité				
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation des procédures ou des protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes</u>			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référent ? Si oui, dans quels domaines ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	La mission n'a pas constaté de procédure claire et définie sur la désignation des référents, une information circule sur des référents sur la thématique bientraitance par exemple, cependant aucun élément à disposition de l'analyse ne certifie ces engagements.	R2	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIQ qualité ?	Le PACQ est formalisé et a été transmis.		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
1.4.2.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique</u>			

1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées à la suite du rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?	Aucune information n'a été transmise.	R3	L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles et de leur application Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial			
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA, ...) sont-ils affichés ? Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	cf. supra point 1.4.1.1		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Comment sont abordées les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?	Aucune information n'a été transmise.	E5	Obligation hors fonction publique. Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?	Aucune information n'a été transmise.	E6	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques - Apprécier la capacité de la structure à faire face à des situations de crise Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Juridique – Média			
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables et du fonctionnement au sein de l'EHPAD Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	L'établissement dispose d'un logiciel permettant la retranscription des signalements. Ce logiciel permet la consolidation par thématique, nombre ou actions des différents signalements à des fins d'exploitation et d'analyses des pratiques.		
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	L'établissement dispose d'une procédure de gestion des EI/ EIGS, EIAS, EIGS et autres signalements décrivant le processus de retranscription. Les éléments analysés indiquent que les témoins d'EI doivent signaler à la direction qui se charge de la transmission aux tutelles des tous les EIs. La déclaration se fait via le logiciel ou le cas échéant sur la fiche dédiée FEI qui est remise au supérieur pour saisie dans le logiciel. Le suivi et la gestion des événements ne sont pas clarifiés auprès du personnel et retranscrits directement dans		L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'état et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	L'établissement a mis en place une analyse des EI par thématique et avec une équipe pluridisciplinaire. Les retours sont faits auprès des réclamants et du CVS. L'analyse des pratiques et les actions correctrices auprès des équipes manquent de formalisation et ne sont pas systématiquement retranscrites auprès du personnel.	E7	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	cf. supra point 1.5.1.3		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.0.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme Principales catégories de risques possibles : Juridique—Managérial—Social			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	Selon les informations communiquées à la mission (source : liste des salariés, planning du mois de novembre 2024 et l'organigramme), l'établissement dispose de l'effectif global théorique suivant : Sur le volet hébergement : - Direction : [REDACTED] - Secrétaire de direction : [REDACTED] - Assistante de gestion : [REDACTED] - Linger : [REDACTED] - Régisseur : [REDACTED] - Ouvrier gardien : [REDACTED] - Chef cuisinier : ne figure pas dans la liste des personnels car le poste est externalisé par [REDACTED] - Animatrice : [REDACTED] Ratio sur capacité théorique / réelle : [REDACTED] A noter qu'aucun effectif salarié n'apparaît sur la liste du personnel concernant la gestion de la cuisine car la gestion est externalisée par [REDACTED]		D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			<u>Sur le volet du soin :</u> - IDE : [REDACTED] - Médecin coordonnateur : [REDACTED] - Psychomotricienne : [REDACTED] - Aide-soignante (AS) de nuit : [REDACTED] en CDI) dont [REDACTED] A noter que plusieurs ETP d'AS en CDD remplacent les absences des CDI pour assurer la continuité des soins tout en restant dans la limite des [REDACTED] - Faisant fonction : [REDACTED] (en formation d'AS) - Auxiliaire de vie : [REDACTED] dont [REDACTED] le nuit Ratio sur capacité théorique / réelle : [REDACTED] Dont : ⇒ Ratio IDE [REDACTED] sur réelle) ⇒ Ratio AS/AMP : [REDACTED] (sur réelle) Les faisant fonction sont comptabilisés comme des soignants dans la mesure où ces agents sont dans une démarche de qualification. Les auxiliaires de vie relèvent de la section hébergement en l'absence de démarche de qualification (cf. infra : article R314-166 du CASF) <u>Sur le volet dépendance :</u> - ASH : [REDACTED] - Psychologue : [REDACTED] ⇒ Ratio ASH [REDACTED] (sur réelle) Le jour de l'inspection, l'effectif présent était le suivant (source planning du jour et liste des salariés présents) : <u>En journée :</u> - Direction : 1 ETP (CDI) - Secrétaire de direction : 1 ETP (CDI) - Assistante de gestion : 0.89 ETP (CDI) - Ouvrier gardien : 0.56 ETP (CDI)	E8	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- Employé de buanderie : 1 ETP (CDD) - Médecin coordonnateur : 0.50 ETP (CDI) - IDEC : 1 ETP (CDI) - IDE : 1 ETP (CDI) et 1 ETP (CDD) - Psychomotricienne : 0.50 ETP (CDD) - Psychologue : 0.50 ETP (CDI) - AS : 3 ETP (CDI) et 1 ETP (CDD) - Auxiliaire de vie : 3 ETP (CDI) et 1 ETP (CDD) - ASH : 3 ETP (CDD) <u>De nuit :</u> - AS : 1 ETP (CDI) - Auxiliaire de vie : 1 ETP (CDI) Constats sur l'effectif global : - Une grande partie du personnel, notamment d'encadrement, est stable avec un contrat en CDI. - L'organigramme ne traduit aucun poste vacant. - Plusieurs agents (ASH) sont inscrits dans une démarche de qualification de soignant. - Les ratios d'encadrement IDE et AS sont correctes rapportés à la capacité d'accueil de 67 résidents et au regard de la répartition des GIR (Cf. point 1.1.3.1 page 11). Toutefois : - Plusieurs postes sont occupées par du personnel en CDD pour divers motifs d'arrêt. - Malgré l'effort de formation, l'établissement compte un nombre important de personnel non diplômé faisant fonction de soignant. - la prise en charge soin est effectuée principalement par du personnel non diplômé, à la lecture du planning en date du 18/11/2024. - Le ratio d'ASH est très faible. - L'encadrement et la surveillance de nuit sont effectués par deux agents dont une seule soignante, pour un établissement accueillant 67 résidents (réel) répartie sur 3 niveaux avec deux ailes par niveau. Ce ratio de nuit est insuffisant.	E9	

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
			La mission a rappelé le jour de l'inspection qu'en application des dispositions de l'article R314-166 du CASF, la dotation de soin ne peut être employée que pour les dépenses de soins et le personnel soignant titulaire d'un diplôme conforme à la mission exercée ou en cours de formation sur l'obtention du diplôme requis.		
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?	cf. point 2.1.1.1 Les professionnels sont majoritairement en CDI, sauf ceux qui interviennent pour les remplacements qui sont en CDD. Au jour de la visite d'inspection, il n'y avait pas de personnel intérimaire. A la lecture des documents transmis, le taux d'absentéisme est très élevé avec une courbe ascendante [REDACTED] en 2021 en 2023. Parmi les motifs recensés, les arrêts pour accident du travail et maladie sont les plus représentés. Les documents transmis se limite juste aux constats chiffrés sans analyse ou prise de décision.	E10	Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ? Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	Globalement, les dossiers administratifs du personnel sont bien tenus mais quelques informations sont manquantes : - [REDACTED] La fiche de poste fait bien référence à la liste des diplômes éligibles sans que cette information ne soit communiquée.	E11	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ? La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinés, orthophoniste...)?	cf. la note en annexe 3		Art. D312-157 CASF D312-155-0 II CASF L312-1 II 4° alinéa CASF (qualification des professionnels) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence d'un plan de formation et l'effectivité de sa mise en œuvre - S'assurer d'un accompagnement à la mobilité et à la promotion des agents - S'assurer de l'existence d'un accompagnement et d'un soutien des personnels Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial - Social			
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	L'établissement a communiqué les actions de formations réalisées sur la période 2022-2024 par des prestataires extérieurs. Le plan de formation 2025 est ciblé sur les thèmes suivants : - Promotion de la bientraitance, - Responsabilité des dirigeants, - Incendie EHPAD. Des actions internes de sensibilisation - animées principalement par le MedCo, la cadre de santé, la psychologue et le directeur - sont également mises en œuvre régulièrement par équipe.		L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	Les plans de formation transmis à la mission d'inspection ne font apparaître aucune démarche individuelle en cours au titre de la VAE. Les entretiens menés avec différents professionnels n'ont pas permis de détecter d'éventuels obstacles de la direction de l'établissement sur ce sujet. D'après la procédure d'accueil et d'intégration, les nouveaux collaborateurs en établissement sont accompagnés par des tuteurs pour les postes cadres ou des parrains pour les postes non-cadres.		
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	Des réunions mensuelles sont organisées par l'IDEC (en association pour la plupart avec le MedCo) à destination des IDE et équipes de soins, sur l'analyse des chutes, l'évaluation de la contention, la nutrition, etc.		HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail <u>Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social</u> Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ? <u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés <u>Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes</u> Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hospitalières ?			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines		Cf note en annexe 3		Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines				
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines		Ce point n'appelle pas de remarque.		
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	<u>Equipes infirmiers :</u> En semaine : [REDACTED] Le week-end : [REDACTED] cf. Point 2.1.1.1.		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	L'équipe de nuit est constituée au total de [REDACTED] par nuit en binôme AS/auxiliaire de vie.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Deux agents pour la surveillance de 67 résidents. Cette organisation doit être renforcée par du personnel de nuit supplémentaire qualifié.	E9	
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ?	cf. point 2.1.1.7		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	L'établissement compte un nombre insuffisant d'ASH ce qui inévitablement reportent une charge de travail sur les AS/AMP en particulier pour les tâches hôtelières.	E8	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?	L'établissement dispose d'un pool de remplacement de vacataires ainsi que d'une procédure en cas imprévue du personnel.		

Gestion budgétaire et financière

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.2.0.0	Gestion budgétaire et financière				
2.2.4.2	Gestion budgétaire et financière	Quels sont les services rendus par le siège à l'EHPAD et inclus dans les frais de sièges ? - projet d'établissement, - mise en commun de moyens : - gestion du personnel, - système d'information, - comptabilité, - contrôle interne, - achats groupés, - gestion de la qualité...	Les fonctions supports sont centralisées de manière élargie au niveau du siège d'Arpavie, en particulier pour : - la comptabilité, la gestion budgétaire et financière de l'établissement ; - et la contractualisation des marchés de fournitures et matériels.		R314-88 1° du CASF (prestations du siège pouvant être incluses dans les frais de siège autorisés)

Gestion d'information

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.0.0	Gestion d'information				
2.3.2.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier l'existence et la tenue à jour des registres Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.2.1	Gestion d'information	L'établissement tient-il à jour le registre des entrées et sorties où sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie ? Le registre est-il paraphé par le maire ?	Ce point n'appelle pas de remarque.		L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : Juridique Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, directives anticipées, droit à l'image, CNIL			
2.3.4.2	Gestion d'information		La mission d'inspection a pu analyser un échantillonnage des dossiers des résidents. Dans la globalité les dossiers sont tenus mais certain dossier des résidents comportait des manques : état des lieux, paraphes et signatures sur certains documents sont absentes.	R4	L311-3&4 et L311-5-1 CASF L. 1111-6 CSP (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.

Bâtiments, espaces extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.0.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement				
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Le bâtiment de type R+2 (avec un sous-sol intégral), ouvert en 1996, a fait l'objet d'actions de rénovation qui lui procure un aspect propre et entretenu sur certaines parties. La mission constate des dégradations et des manquements quant aux règles de sécurité ; ainsi le SSI de l'établissement se trouver à l'accueil de l'établissement dans un espace dévolu à la circulation.	E12	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			 Par ailleurs, des dégradations et des condamnations de locaux (deux toilettes aux premier et second étage) sont avérés au sein de l'établissement.  		
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	La salle de restauration située au RDC est équipée d'un système de ventilation (à air chaud ou froid). 		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	Les couloirs sont munis de chaque côté de barres d'appui pour favoriser le déplacement des résidents à l'intérieur du bâtiment. Deux ascenseurs sont accessibles à tous (résidents, professionnels et personnes extérieures) et permettent d'accéder au sous-sol, RDC, 1 ^{er} et 2 ^{ème} étage du bâtiment. Le parc extérieur est aménagé avec un parcours de déambulation.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ?	Les professionnels interrogés à ce sujet sont unanimes sur l'existence de matériels en nombre suffisant et adapté pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne.		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD " ...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	L'établissement est doté d'un régisseur et d'un ouvrier-gardien chargés d'assurer les réparations et travaux sur le bâti.		

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.5.0.0	Sécurités				
2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Les barres d'appui sont en place afin de permettre une aide à la mobilité, l'établissement dispose des équipements de base requis pour sécuriser la circulation des résidents : barre d'appui, système de sécurisation des portes par code au sas d'entrée, les portes donnant sur le jardin sont libres.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1°, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	cf. supra		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
2.5.4.3	Sécurités		L'établissement ne dispose pas d'un système d'appel malade efficient. Les traceurs sont bien présents, certains en charge au moment de la visite. De plus, les relevés de traçabilité transmis issus de l'extraction de logiciel blueinea traduisent : ⇒ Sur le mois d'octobre : - Des temps de réponse de 30 mn voir parfois 1h - Un % de non-acquittement avec un pic à 23.6 % - Seuls 50% des appels ont un acquittement inférieur à 10 mn ⇒ Sur le mois de novembre : - Même constat sur les délais de réponse - Le % de non-acquittement se réduit à 15,7% - Même constat pour les acquittements intérieurs à 10 mn	E13	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1°, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
		Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ?	Face à ce constat, l'établissement a mis en place plusieurs réunions de sensibilisation, en 2023 et 2024, du personnel sur l'utilisation du DECT et le suivi des appels malade. Toutefois, les temps de réponses restent insuffisants.		
		L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Par ailleurs, les accès aux données sécurisés ne le sont pas, le mot de passe est à destination de tous (cf. photo ci-dessous) 	E14	

Prises en charge (le volet soin/médical est traité dans la note en annexe 3)

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la qualité des prestations offertes par la structure notamment : - Vérifier l'existence du projet d'accueil et d'accompagnement - Vérifier que les modalités d'accompagnement tout au long du séjour respectent le projet d'accueil et d'accompagnement - S'assurer que l'accompagnement proposé prend en compte la famille et l'entourage et qu'un référent a été identifié au sein de la structure Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Maltraitance			
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Le pilotage de l'élaboration et du suivi des projets relève de la psychologue, arrivée dans l'établissement en septembre 2024. Des réunions hebdomadaires concernant les PAI ont été récemment mises en place (source : entretiens). Une réévaluation annuelle des PAI est prévue. Les personnes accueillies participent à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement Le tableau de suivi des PAI a été transmis, 14 résidents sur 67 ont un PAI datant de 2022 et 16 résidents ont un PAI datant d'octobre ou novembre 2024. Les autres résidents n'ont pas de dates de PAI indiquées dans le tableau. La programmation prévoit de réaliser 5 PAI d'ici fin 2024 et 46 PAI sont programmés en 2025, ce qui permettra un PAI à jour pour tous les résidents. Les réévaluations des PAI réalisés en 2024 sont programmées en 2025.		L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci ; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?	Des réunions d'échange sont mises en place dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - Un CODIR hebdomadaire (directeur, IDEC, MedCo, psychologue) où l'IDEC peut remonter les sujets discutés lors des réunions de transmissions quotidiennes - Une réunion d'équipe mensuelle (directeur, IDEC, IDE, AS, ASH) - Une réunion hebdomadaire concernant les projets de soins (MedCo, psychologue, IDE, AS) - Une réunion de synthèse hebdomadaire (IDEC, MedCo, IDE, AS +/- psychologue +/- psychomotricien) - Une réunion concernant la bientraitance une fois par trimestre - Des réunions mensuelles Chutes, Contention et Nutrition son également en place.		
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Les transmissions entre les équipes se font sur le logiciel Imago SR. Il existe des temps de transmissions orales quotidiennes à 11h30 et lors des relais entre équipes de nuit et de jour (source : entretiens).		L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0	Respect des droits des personnes				
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	D'après le livret d'accueil, les visites sont autorisées tous les jours 24h/24 avec un contrôle d'accès sécurisé à l'établissement. Il n'existe pas de lieu dédié spécifiquement aux rencontres avec les familles. Elles s'effectuent soit directement dans les chambres individuelles ou bien dans les salons ou salles à manger installés à chaque étage.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	Les droits et libertés sont déclinés dans le livret d'accueil. La charte ad'hoc est également affichée à l'entrée de l'établissement. 		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	Le dernier arrêté de désignation des personnes qualifiées (daté du 13 juin 2024) est affiché de façon lisible à l'entrée de l'établissement. 		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Cette disposition législative est inscrite et expliquée dans le livret d'accueil. Une attestation relative à l'information sur la personne de confiance est également annexée au contrat de séjour.		L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.4.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la protection des biens et des personnes - Vérifier le respect des textes relatifs aux ressources laissées à la disposition des personnes accueillies dans les établissements Principales catégories de risques possibles : Juridique : Maltraitance			
3.2.4.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, de protection des biens (objets personnels, bijoux...) des personnes et régularité de l'évaluation ? Est-il proposé un coffre-fort pour les bijoux et autres effets personnels de valeur ? Dispositions prises pour l'argent de poche, la tenue de comptes du résident ?	Le dépôt de biens fait l'objet d'une information au sein du livret d'accueil. Un coffre est ainsi mis à disposition pour y déposer ses biens de valeur (avec remise d'un reçu de l'inventaire des objets déposés).		L472-5, D. 472-13 et sv du CASF (en EHPAD public > 80 places, désignation d'un ou plusieurs agents proposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs ou prestataire extérieur) Articles 425 et sv du code civil (protection juridique des majeurs) HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 2", 2011

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?	Une animatrice a la charge de l'animation dans l'établissement. Un local y est dédié pour des activités de groupe. Dans ce local, se trouve une armoire contenant des accessoires pour l'animation ainsi que plusieurs bouteilles de boissons alcoolisées, qu'il conviendrait de sécuriser. Cette armoire n'était pas fermée à clé lors de l'inspection. 	R5	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement comporte un volet dédié à l'animation. Le projet d'établissement a été validé par le CVS. Cf. points 1.2.1.4 et 1.2.1.5		

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0	Vie quotidienne - Hébergement				D312-159-2 CASF (prestation minimales d'hébergement)
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, - décoration personnalisée, possibilité d'accueillir de la famille	La mission d'inspection a constaté la conformité des logements et des prestations permettant aux résidents de bénéficier des commodités et d'un cadre de vie agréable. Le contrat de séjour (article 4.1.2 Prestation d'accueil hôtelier) dispose que « le résident peut recréer dans sa chambre un univers personnalisé et familial en apportant son mobilier et ses objets personnels ». Les équipements disponibles dans la chambre (armoire, table, chaise, fauteuil, table de chevet, lit médicalisé, ...) sont précisés dans le contrat de séjour. Un état des lieux contradictoire est établi à l'entrée et à la sortie du résident (cf. article 5.4 du règlement de fonctionnement).		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes			D312-159-2 CASF (prestations minimales d'hébergement)
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Les enquêtes de satisfaction sont réalisées tous les 2 ans et portent sur les différentes prestations offertes par l'établissement : accueil et gestion administrative ; hébergement ; buanderie ; restauration ; animation ; respect des droits et libertés ; accompagnement et soin ; sécurité. La dernière enquête réalisée au début de l'année 2024 traduit un taux de satisfaction global de 88%. Une commission des menus organisée par le prestataire se tient deux fois par an. Chaque point abordé au cours de ces commissions se traduit lorsque cela est nécessaire par une action correctrice associée à un délai de mise en œuvre. L'analyse des éléments transmis et des entretiens fait état d'une appréciation moyenne quant à la qualité des menus.		Recommandations nutrition du GEM-RCN, ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les menus (déjeuner, goûter et dîner) sont portés à la connaissance des résidents chaque semaine par voie d'affichage.		D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN

Relations avec l'extérieur (note annexe 3)

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.0.0	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du sanitaire Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes			

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

- E1 : Formaliser le document de subdélégation de pouvoir du directeur envers l'IDEC et le transmettre aux autorités de contrôle.
- E2 : Mettre en conformité le temps de présence du médecin coordonnateur au regard de la réglementation, en complétant le temps existant pour parvenir à 0.60 ETP. Transmettre les éléments de preuve de la mise en conformité à la réglementation.
- E3 : Procéder aux affichages des documents obligatoires au sein de l'établissement et transmettre une photographie.
- E4 : Mettre en place et formaliser une analyse et un suivi des dysfonctionnements accompagnés d'un plan d'action correctrices. Transmettre les éléments de preuve.
- E5 : Transmettre la procédure de gestion et de signalement des situations de violences au sein de l'établissement. Communiquer, le cas échéant, le plan d'actions mise en place.
- E6 : Transmettre la procédure de gestion et de signalement des cas d'agression. Communiquer, le cas échéant, le plan d'actions mise en place.
- E7 : Faire connaître la procédure de signalement des EIG à l'ensemble du personnel de l'établissement. Mettre en place un outil de suivi. Transmettre les éléments de preuve.
- E8 : Renforcer le personnel ASH. Transmettre les contrats de recrutement datés et signés.
- E9 : Renforcer le personnel de nuit. Transmettre les contrats de recrutement datés et signés.
- E10 : Procéder à une analyse des causes du fort taux absentéisme. Mettre en place un plan d'action correctrices. Transmettre aux autorités de contrôle, le bilan de l'analyse et le plan d'action correctrices.
- E11 : Communiquer la qualification de l'animatrice (diplôme) en cohérence avec la fiche de poste.
- E12 : Sécuriser l'emplacement du SSI, en l'isolant de l'espace public. Faire valider l'emplacement et la sécurisation par la commission de sécurité. Transmettre les éléments de preuve.

E13 : Mettre en place un suivi des appels malade en lien avec l'ensemble du personnel. Documenter ce suivi par un support pour établir un bilan trimestriel et une analyse des pratiques. Etablir un plan d'actions correctrices en cas d'écart important sur la réponse ou d'anomalie sur la pratique professionnelle ou l'usage du matériel. Transmettre la procédure de suivi des appels malade (hors relevé), ainsi que le bilan du premier semestre 2025 daté et signé. Indiquer le plan d'actions mis en place.

E14 : Sécuriser les accès aux données.

Remarques

R1 : Mettre à jour le document de délégation de pouvoir, datant de 8 ans, pour y intégrer les récentes évolutions réglementaires dans les ESSMS.

R2 : Identifier au sein du personnel de l'établissement un ou plusieurs référents volontaires dans une démarche de prévention des risques sur les thématiques de la bientraitance et de la démarche qualité et transmettre les documents de désignation.

R3 : Transmettre une preuve de la communication du rapport d'évaluation aux autorités compétentes, selon le calendrier défini.

R4 : Veiller à compléter les informations manquantes dans les dossiers des résidents. Transmettre une attestation sur l'honneur comme preuve de réalisation.

R5 : Sécuriser l'armoire dans le local d'animation contenant des boissons alcoolisées. Transmettre les éléments de preuve.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Les Primevères » a été réalisée de manière inopinée le 18 novembre 2024.

La mission d'inspection a constaté, sur certains points, le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et/ou des dysfonctionnements notamment dans les domaines suivants :

GOUVERNANCE

⇒ Management et Stratégie

- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.
- L'ensemble des documents obligatoires au sein de l'établissement n'est pas affiché.
- Le document de délégation de pouvoir du directeur n'est pas à jour des évolutions réglementaires.
- Le document de subdélégation de pouvoir du directeur envers l'IDEC n'est pas formalisé.

⇒ Animation et fonctionnement des instances

- Le CVS n'est pas suffisamment informé sur les retours et analyses des dysfonctionnements au sein de l'établissement. Les analyses et les retours d'expérience ne sont pas formalisés.

⇒ Gestion de la qualité

- L'établissement ne dispose pas de référents identifiés sur les thématiques de la bientraitance et de la démarche qualité.
- L'établissement ne dispose pas de procédure de gestion et de signalement des situations de violences.
- L'établissement ne dispose pas de procédure de gestion et de signalement des cas d'agression.

⇒ Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

- La procédure de signalement des EIG n'est pas connue de l'ensemble du personnel de l'établissement.

FONCTIONS SUPPORT

⇒ Gestion des ressources humaines

- Le ratio d'encadrement du personnel hôtelier (ASH) est faible.
- L'effectif pour la surveillance de nuit est faible.
- L'établissement présente un fort taux d'absentéisme qui n'a pas fait l'objet d'une analyse et d'un plan d'actions correctrices.

⇒ Gestion d'information

- Certaines informations dans le dossier des résidents sont manquantes.

⇒ Bâtiments, espaces extérieurs et équipement

- Le local du SSI n'est pas sécurisé.

⇒ **Sécurités**

- Au regard du temps de réponse parfois important aux appels malade des résidents, aucun bilan et plan d'actions correctrices n'ont été transmis.
- L'accès aux données de soins n'est pas sécurisé (le mot de passe est apparent sur l'ordinateur)

PRISE EN CHARGE (y compris médicale) (cf. note en annexe 3)

Ces constats, qui ont déjà été communiqués oralement lors de l'entretien avec la direction, à l'issue de la journée d'inspection du 18 novembre 2024, nécessitent des actions de correction dans les plus brefs délais.

Cergy, le 14 mai 2025

Inspectrice, Coordonnatrice de la mission d'inspection, Agence régionale de santé	Chef de service Qualité et contrôle des ESSMS, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val-d'Oise
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Agence régionale de santé	Chargé de suivi et de contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, Conseil départemental du Val-d'Oise

Glossaire

AMP : Aide 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
CTP : 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/Evènement 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
PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission



Délégation départementale du Val-d'Oise

Affaire suivie par :

Département du Val-d'Oise

Affaire suivie par :

Madame , inspectrice de l'action sanitaire et sociale au titre de l'article L. 1435-7 du CSP, désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise ;

Monsieur , inspecteur de l'action sanitaire et sociale désigné par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise ;

Madame le , médecin désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise ;

Monsieur , chef de service Qualité et contrôle des EHPAD, Direction de l'offre médico-sociale, conseil départemental du Val-d'Oise ;

Monsieur , chargé de suivi et de contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, conseil départemental du Val-d'Oise.

Cergy, le – 5 NOV. 2024

Mesdames, Messieurs,

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

Les effets attendus du plan sont les suivants :

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

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13 (V) du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectif de réaliser, pour chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

L'EHPAD dénommé « les Primevères » situé à Ermont (95120- FINESS ET N° 950000117) a été inscrit dans la programmation 2024 de ces contrôles.

Aussi, nous vous demandons de réaliser une inspection de cet établissement portant principalement sur les thématiques suivantes :

- La gouvernance : conformité aux conditions d'autorisation, management et stratégie, animation et fonctionnement des instances, pilotage de la démarche qualité et gestion des risques ;
- 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 prise en charge des résidents : organisation et qualité de la prise en charge y compris médicale, sécurisation du circuit des médicaments, politique de gestion des risques et de prévention de la maltraitance, respect des droits des personnes, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne-hébergement ;
- La gestion de l'information et de la sécurité.

Immeuble Equinoxe
16 avenue des Béguines
CS 40202 – 95895 Cergy Cedex
Tél : 01 34 41 14 00
www.iledefrance.ars.ssa.fr

Hôtel du département
2 avenue du Parc
95032 – Cergy-Pontoise Cedex
Tél : 34 25 30 30
www.valdoise.fr

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et suivants, L.1435-7, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L.133-2 du CASF et le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) sera composée :

Pour sa composante ARS :

- d'inspection ; inspectrice désignée au titre de l'article L. 1435-7 du CSP, coordinatrice de la mission
- inspecteur de l'action sanitaire et sociale ;
- A médecin désignée en tant que personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.

Pour sa composante Conseil départemental du Val-d'Oise :

- chef de service Qualité et contrôle des ESSMS, Direction de l'offre médico-sociale, habilité par la Présidente du conseil départemental du Val-d'Oise au titre de l'article L. 133-2 du CASF ;
- chargé de suivi et de contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, habilité par la Présidente du conseil départemental du Val-d'Oise au titre de l'article L. 133-2 du CASF.

L'inspection aura lieu le 18 novembre 2024 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L. 1421-2 du CSP), de manière inopinée ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur place et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement.

En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer et accèdera à l'ensemble des locaux qu'elle jugera utile également de visiter.

A l'issue de la mission, un rapport sera remis au gestionnaire de l'établissement. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à son attention.

Le 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. Les décisions définitives seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L.313-14 et suivants du CASF, vous devrez nous transmettre une proposition de mesures correctives.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France,
La Directrice de la délégation départementale
du Val-d'Oise

Pour la Présidente du Conseil départemental du Val-d'Oise,

¹ 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 ».

² 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 ».

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE**EHPAD ARPAVIE Primevères**

Inspection du 18 novembre 2024

**Liste des documents à fournir immédiatement
en 3 exemplaires**

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des résidents par chambre et étage, avec GIR, ville d'origine et bénéficiaires ou non de l'aide sociale présents ce jour. Préciser pour chaque résident s'il relève d'une protection judiciaire (tutelle/curatelle) et le nom du médecin traitant.	Immédiat	Oui
2	Liste des salariés présents ce jour par unité/étage en précisant le poste occupé et le type de contrat.	Immédiat	Oui
3	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de la journée, de la semaine en cours nuit et jour, de la semaine passée nuit et jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires.	Immédiat	Oui
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD.	Immédiat	Oui
5	Liste des membres du CVS.	Immédiat	Oui
6	Plan des locaux.	Immédiat	Oui

**Liste des documents à transmettre à la mission pour consultation sur place + copie
Mettre à disposition avant 11h30**

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
7	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format Excel) du mois en cours. Taux d'absentéisme de 2021 à 2024.	Copie	Oui. Le taux d'absentéisme couvre les périodes 2021 à 2023.
8	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur avec légendes claires	Copie	Oui
9	Tableau de suivi des projets de vie.	Copie	Oui
10	Dossiers des résidents et projets de vie	Consultation	Oui
11	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	Consultation	Oui
12	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Oui
13	Classeurs 2022-2023-2024 des Réclamations et des EIG	Consultation + Copie	Oui
14	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents.	Consultation	Oui
15	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires.	Copie	Oui
16	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours)+bilan du relevé+ formation des agents +maintenance.	Copie	Oui

**Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
en format électronique sécurisé uniquement :**

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
17	Contrats de travail, qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition), du médecin prescripteur (si poste existant), psychologue, cuisinier	Copie	Oui
18	Fiches de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC, du psychologue, des soignants, des ASH, de l'animateur, cuisinier.	Copie	Oui
19	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie	Oui
20	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Copie	Oui
21	Planning des astreintes et procédure d'astreinte	Copie	Oui
22	Projet d'établissement, projet d'animation et projet de soins.	Copie	Oui
23	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	Copie	Oui
24	Tableau des effectifs de l'établissement avec la nature du contrat, la qualification, le poste occupé et le temps de travail.	Copie	Oui
25	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N	Copie	Oui
26	Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit.	Copie	Oui
27	Les fiches de tâches heurées des ASH	Copie	Oui
28	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	Copie	Oui
29	Programme d'animation pour les deux derniers mois	Copie	Oui
30	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction	Copie	Oui
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie	Oui
32	Règlement intérieur du CVS, CR des réunions du CVS : 2023, 2024 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Copie	Oui
33	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel.	Copie	Oui
34	Date des réunions d'équipes + liste émargement.	Copie	Oui
35	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Copie	Oui
36	CR des réunions avec les familles 2023 et 2024	Copie	Oui
37	Règlement intérieur (salariés)	Copie	Oui
38	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Copie	Oui
39	CR des commissions des menus de l'année N-2, N-1 et le planning prévisionnel pour l'année N	Copie	Oui
40	Calendrier des réunions institutionnelles et d'équipe organisées périodiquement au sein de l'établissement (comité de direction, transmissions, etc.)	Copie	Oui
46	Procédure de traitement des réclamations et plans d'actions à la suite des réclamations	Copie	Oui
41	Procédure d'accueil des nouveaux arrivants et livret d'accueil du personnel	Copie	Oui
42	Procédure d'évaluation individuelle des salariés	Copie	SO
43	Dernier PV de la direction départementale de la protection des populations sur la restauration	Copie	Oui
44	Procédure d'admission	Copie	Oui
45	Conventions de partenariat avec le secteur sanitaire, médico-social, les structures d'orientation, la communauté sociale, etc.	Copie	Non

Annexe 3 : Note du médecin de l'ARS sur les constats de la prise en charge médicale

1. Prise en charge

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

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1 3.1.1.2	Politique d'admission	Les demandes d'admission sont reçues par ViaTrajectoire et sous format papier. Celles-ci sont présentées au CODIR. Les visites de préadmission se font ensuite en présentiel ou en distanciel par le médecin coordonnateur. Ces éléments sont tracés.		D312-158 2° D312-155-3 2° CASF
3.1.3.3	Projets d'accompagnement individualisé (ou PPR : projet personnalisé du résident)	Le pilotage de l'élaboration et du suivi des projets relève de la psychologue, arrivée dans l'établissement en septembre 2024. Des réunions hebdomadaires concernant les PAI ont été récemment mises en place (source : entretiens). Le tableau de suivi des PAI a été transmis, 14 résidents sur 67 ont un PAI datant de 2022 et 16 résidents ont un PAI datant d'octobre ou novembre 2024. Les autres résidents n'ont pas de dates de PAI indiquées dans le tableau. La programmation prévoit de réaliser 5 PAI d'ici fin 2024 et 46 PAI sont programmés en 2025. Les réévaluations des PAI réalisés en 2024 sont programmées en 2025. La commission de coordination gériatrique a lieu une fois par an, la dernière ayant lieu le 6 juin 2023. Le médecin coordonnateur, la cadre de santé, un IDE, 2 kinésithérapeutes, un médecin biologiste, le directeur et la présidente du CVS étaient présents (source : fiche d'émargement). La prochaine commission aura lieu le 28 novembre 2024.		L311-3 2° - L311-3 3° - L311-3 7° D312.155.0 3° CASF HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.4	Commission de coordination gériatrique			D312-158, 3° du CASF ¹
3.1.4.5	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ?	Six médecins généralistes libéraux interviennent dans l'établissement tant que médecins traitants, 11 résidents n'ont pas de médecin traitant (source : fichier liste de résidents par médecin traitant). Ceux-ci sont pris en charge par le médecin coordonnateur ou un des médecins traitants en dépannage (source : entretiens). Les médecins traitants sont disponibles et joignables par mails ou par téléphone.	Ecart n°1 : Onze résidents n'ont pas de médecin traitant.	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)

¹ Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : 3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an.

1.2. Respect des droits des personnes

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.3.0 3.2.3.1	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	Les contentions ont été comptabilisées dans le RAMA 2023 : 3 contentions physiques et 4 barrières de lits. Celles-ci sont mises en place sur prescription médicale de 28 jours maximum à l'issue d'une discussion pluridisciplinaire et réévaluées mensuellement lors d'une réunion à laquelle participe le médecin coordonnateur, l'IDEC, IDE, AS, psychologue et psychomotricienne (sources : entretiens, classeur de contentions). Ces réévaluations ne sont en revanche pas tracées. Des réunions mensuelles concernant les chutes ont également été mises en place. Un classeur de contention répertorie les ordonnances de contention et les fiches de consentement.	Ecart n°2 : Bien que les contentions soient réévaluées mensuellement de manière pluridisciplinaire, ces réévaluations ne sont pas tracées.	R311-0-5 à 9 R311-37-1 L311-3 1° R311-0-7 R331-0-8 R331-0-9 CASF Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - <i>Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée</i> HAS octobre 2000 Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »
3.2.3.2	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer garantir l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet	Les chariots de distribution des médicaments comportent des casiers individuels avec la photographie de chacun des résidents.		

1.3. Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.5	Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - la dénutrition, - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?	Un avis médical est pris pour éviter la dénutrition et les régimes spéciaux sont prescrits par le médecin coordonnateur ou les médecins traitants. Un orthophoniste évalue les troubles de la déglutition sur prescription médicale.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)
3.4.3.9	Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?	Le suivi de l'état nutritionnel se fait par le dosage de l'albuminémie et des pesées mensuelles. Sur un échantillon de 10 dossiers sur Imago SR, la dernière pesée datait de moins d'un mois. Le suivi nutritionnel de tous les résidents est répertorié dans un classeur par un tableau des poids et de des albumines. Les patients dénutris y sont surlignés. Un tableau de suivi a également été transmis avec pour chaque résident les éléments suivants : IMC, poids, variation de poids, albumine, pas de dénutrition / dénutrition modérée / sévère et le traitement mis en place. Des réunions mensuelles avec le médecin coordonnateur, l'IDEC, IDE sont organisées pour le suivi nutritionnel des résidents. Ces réunions sont tracées dans le logiciel Imago SR. Sur un échantillon de 10 dossiers, la dernière réunion avait bien été tracée dans chacun des dossiers.		D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

1.4. Soins

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.1.1	Quelles sont les professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure : accompagnant éducatif et social/aide médico-psychologique/AVS, aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?	Salariés de l'établissement : • IDE • AS • Psychologue • Psychomotricienne Professionnels de santé libéraux : • 6 médecins traitants • 3 kinésithérapeutes • 1 orthophoniste • Pédiatre-podologue • Professionnels de l'Activité Physique Adaptée association « Siel Bleu »		L312-1 II 4°alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
3.8.1.4	Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ? Un(e) infirmier(ère) d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ?	Un médecin est présent à hauteur de 0,5 ETP pour les missions de coordination, celle-ci est arrivée en septembre 2024. Le précédent médecin coordonnateur avait quitté ses fonctions fin décembre 2023. Une IDEC est présente à temps plein en CDI, arrivée dans l'établissement en mars 2024. Elle assure des missions de management, d'accompagnement du personnel, des résidents et de leur famille. La notion de pharmacien référent est présente dans la convention signée avec la grande pharmacie Le pharmacien référent s'engage à élaborer avec le médecin coordonnateur la liste de médicaments à utiliser préférentiellement et la liste du stock tampon. Il s'engage également à		D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		définir les modalités et procédures de dispensation, à participer aux réunions de coordination « soins », à organiser le contrôle de la date de péremption des médicaments. La communication avec le pharmacien se fait par mail, des réunions sont prévues avec lui. Les transmissions entre les équipes se font sur le logiciel Imago SR. Il existe des temps de transmissions orales quotidiennes à 11h30 et lors des relais entre équipes de nuit et de jour (source : entretiens). Les différents protocoles sont disponibles dans des classeurs situés dans l'infirmerie. Une formation avait eu lieu en avril 2024 pour former les équipes aux différentes procédures (source : feuilles d'émargement transmises). Des nouvelles formations vont être mises en place pour former le personnel aux différents protocoles (source : entretiens). Les plans de soins sont enregistrés dans Imago SR pour chaque résident.		
3.8.2.1	Quels sont les différents supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste...) entre les différents professionnels en charge des personnes accueillies ? Les professionnels ont-ils connaissance des protocoles et procédures de soins, d'appel d'un médecin ou du 15, de signalements, de prescription de contention ? Les plans de soins sont-ils individualisés et réévalués régulièrement ?			"L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)"
3.8.2.2	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées, ...) ?	La traçabilité de la distribution des médicaments se fait à distance. Des tablettes sont à disposition mais la connexion internet dysfonctionne. Même s'il existe un mode dégradé sur la tablette permettant la traçabilité en temps réel en l'absence de connexion, des supports pour mettre les tablettes sur les chariots sont manquants. Il est prévu que le siège du groupe étudie le problème de connexion et des supports	Ecart n°3 : La traçabilité de la distribution des médicaments se fait actuellement à distance du soin, engendrant un risque d'erreur, bien que des mesures soient prévues pour une traçabilité en temps réel.	D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) R1112-2 CSP (contenu dossier médical) R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		pour tablettes vont être commandés (source : entretiens). Les autres soins sont tracés directement sur le logiciel, à distance des soins. L'analyse aléatoire de 10 dossiers montre des transmissions régulières et de qualité.		propre IDE) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS
3.8.2.3	Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts ? Les dates de péremptions sont-elles vérifiées et conformes ?	Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts. Les dates de péremption sont vérifiées une fois par trimestre, les feuilles de traçabilités ont été transmises. Aucun médicament périmé n'a été constaté par la mission sur un échantillon vérifié.		R4312-38 CSP (IDE vérifie prescription, dosage, péremption et mode d'emploi du médicament) ; Article R4211-23 CSP CCLIN Sud-Ouest, 2011 OMEDIT-ARS Normandie 2018
3.8.2.4	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	Un document « Procédure prise en charge médicamenteuse en EHPAD » datant de septembre 2023 a été transmise. Cette procédure décrit les étapes du circuit du médicament.		R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) L311-3 1° CASF (sécurité du résident) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)
3.8.2.5	Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?	Les interventions des kinésithérapeutes et des orthophonistes sont prescrites. Celle des IDE sont intégrées dans les plans de soins.		R5132-3 du CSP (modalités de prescription) L4332-1 CSP (acte psychomot. sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale) Recommandations HAS « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD », juin 2017
3.8.2.6	Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ? Les prescriptions sont-elles conformes et	D'après les entretiens, la majorité des médecins traitants prescrivent sur le logiciel. Si ce n'est pas le cas, le		R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2è alinéa (renouvellement

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	actualisées ? - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.	médecin coordonnateur retranscrit l'ordonnance dans le logiciel. Sur les 6 dossiers analysés de manière aléatoire, les prescriptions sur le logiciel étaient conformes et actualisées.		ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de <i>sécurité et d'autoévaluation de l'administration des médicaments</i> », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).
3.8.2.7	Existe-t-il une liste préférentielle de médicaments (LPM) : - quelles sont les modalités d'élaboration (MedCo en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien dispensateur et/ou référent) ? - Est-elle adaptée aux personnes âgées et est-elle établie par classes thérapeutiques ?	La liste préférentielle de médicaments utilisée est celle de l'OMEDIT.		L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS)
3.8.2.8	Les IDE sont-elles conduites à saisir elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin. Quelles sont les pratiques de retranscription : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Les IDE ne sont pas conduits à saisir des prescriptions orales ou téléphonées.		
3.8.2.9	Quels sont les moyens de transmissions : - des ordonnances de l'EHPAD à l'officine, - des conseils thérapeutiques de l'officine, - des observations entre EHPAD et officine	La transmission des ordonnances à la pharmacie se fait par mail. Les échanges avec la pharmacie se font par mail ou par téléphone.		R. 5132-13 CSP (données apposées sur ordonnance par officine) R4235-48 CSP (mission du pharmacien) L5126-6-1 CSP R5132-22 CSP (pharmacie délivre médicament avec présentation ordonnance) Bonnes pratiques - ordre des pharmacies - dispensation des médicaments (juillet 2021)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.12	Le stock tampon est-il conforme et est-il contrôlé ?	La dotation non nominative est conforme et contrôlée une fois par trimestre avec un classeur de suivi. La liste des médicaments et la feuille de traçabilité ont été transmises. Sur un échantillon contrôlé, la mission n'a pas constaté de médicament nominatif ou périmé.		L5126-6 CSP R5126-108 CSP 109 CSP R4312-38 CSP D312-158 13°) CASF Guide régional ARS Auvergne-Rhône-Alpes « <i>Le circuit du médicament en EHPAD</i> », septembre 2017 (p16) R4312-43 CSP
3.8.2.14	La préparation des médicaments est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenant individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Les médicaments sont livrés une fois par semaine par la pharmacie sous forme de rouleau pour chaque résident. Les médicaments hors piluliers sont également livrés une fois par semaine. La livraison des traitements urgents se fait le jour même. Les locaux de soins sont fermés par un code, adaptés et propres. L'entretien est effectué régulièrement et fait l'objet d'une traçabilité.		Guide pour « <i>la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux</i> » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? Quelle est la fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ?	La préparation des médicaments est effectuée au vu de la prescription originale. Les rouleaux reçus par la pharmacie sont contrôlés par l'IDE qui les reçoit et qui les stocke. La préparation des médicaments se fait une fois par semaine.		R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI) Guide pour « <i>la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux</i> » (ARS PACA 2017)
3.8.2.17	L'administration des médicaments est-elle réalisée au vu de la dernière prescription ? Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	L'administration des médicaments est au vu de la dernière prescription. Les chariots de médicaments sont sécurisés.		L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament) R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)
3.8.2.20	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?	Il existe une liste de médicaments à ne pas broyer. Les médecins indiquent sur les ordonnances, les médicaments à broyer. Les chariots de distribution sont équipés d'un matériel de broyage.		Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017 Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11 Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHAPD-Omédit Normandie-Novembre 2022.
3.8.2.22	Comment est organisée la délégation administration des médicaments par l'IDE ?	Les IDE distribuent les médicaments la majorité du temps. La nuit, des AS peuvent distribuer des médicaments après préparation par un IDE. La procédure d'aide à la prise est précisée dans le circuit du médicament. Il est précisé que seuls les AS formés au parcours d'habilitation d'aide à la prise peuvent distribuer les médicaments. La liste des AS à former a été transmise mais celle-ci indique uniquement des formations en cours sans calendrier prévisionnel. Les AVS/Auxiliaires ne sont pas habilités à l'aide à la prise.	Ecart n°4 : Le calendrier prévisionnel des formations des AS au parcours d'habilitation d'aide à la prise n'a pas été transmis.	R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable) L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.23	Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ?	Le registre est situé au niveau du coffre de stupéfiant dans l'infirmerie. Celui-ci est régulièrement complété. Sur un échantillon contrôlé, les stupéfiants comportent une étiquette nominative et il n'a pas été constaté de stupéfiants périmés par la mission.		Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique)
3.8.2.24	Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur ? Une formation à l'usage des pompes à morphine est-elle dispensée (HAD)?	Un protocole « Prise en charge de la douleur » a été transmis, il détaille les différentes échelles d'évaluation de la douleur. L'usage des pompes à morphine se fait uniquement par la HAD.		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012
3.8.2.25	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ?	Un protocole « Démarche palliative » a été transmis comprenant plusieurs fiches : • L'accompagnement en soins palliatifs • Outil d'aide à la décision de prise en charge palliative • Projet d'accompagnement de fin de vie L'EMSP du CH d'Eaubonne intervient dans les situations de soins palliatifs. Un travail est en cours pour la désignation systématique d'une personne de confiance et la mise en place de directives anticipées.	Remarque n°1 La désignation d'une personne de confiance et la mise en place de directives anticipées n'est pas systématique. Un travail est en cours.	L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.26	Existe-t-il des protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'ESSMS ? et les conduites à tenir dans diverses situations : diabète, épilepsie, chutes...	Existence de : - 10 procédures de soins dont une procédure pour les glycémies - 4 protocoles pour les urgences - 17 pour les risques infectieux dont 5 pour les risques épidémiques - 8 pour l'alimentation / l'hydratation - 1 pour la canicule - 1 pour les chutes - 1 pour les contentions		
3.8.3.1	Où sont locaux de soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisé) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	L'infirmierie est centralisée et située au rez-de-chaussée. Les locaux sont propres et sont nettoyés quotidiennement.		CPias Bourgogne Franche Comté. Guide de l'entretien des locaux en établissement médico-social, 2019. OMEDIT Centre Val de Loire. Conservation des médicaments réfrigérés, 2016 Article. R. 4312-29 CSP, Article R4312-38
3.8.3.2	Quels sont les équipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique SHA),	Le sac d'urgence est positionné dans l'infirmierie, accessible la nuit aux AS. La bouteille d'O2 et les 2 concentrateurs d'oxygène sont stockés dans l'infirmierie.		Article. R. 4312-29 CSP, Article R4312-38
3.8.3.3	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ?	L'infirmierie est sécurisée et fermée permettant un stockage sécurisé des dossiers papiers. Le dossier numérique sur le logiciel n'est accessible qu'aux personnes habilitées avec un code d'accès.		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
3.8.3.4	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Le stockage des médicaments est conforme y compris pour les thermosensibles.		L.311-3 CASF R.5132-80 R5126-108 (PUI-méd. délivrés en urgence) R5126-109 CSP R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13°) CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détection et stockage « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.3.8	Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il : - scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ?	Le stockage du sac d'urgence est adapté. Celui-ci est scellé et vérifié mensuellement et après chaque utilisation. Lors de la vérification d'un échantillon, il n'a pas été constaté de produit périmé. La procédure relative à l'utilisation et à la vérification du sac d'urgence, et les feuilles de traçabilité renseignées en regard ont été transmises.		L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)
3.8.4.2	Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ?	Le projet d'établissement 2023-2028 comporte un volet relatif aux soins.		L311-8 (PE), D311-38 (soins palliatifs) et D312-158, 1° (projet général de soins) du CASF HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009
3.8.4.3	Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ? Où sont-ils stockés ?	Les DLU sont disponibles dans le logiciel et une procédure est en place pour les imprimer directement en cas de dysfonctionnement du logiciel.		L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

2. Relations avec l'extérieur - Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.1.1 4.2.1.2 4.2.1.3 4.2.1.7 4.2.3.1	Coordination avec les autres secteurs	Conventions et partenariats	La mission a été destinataire de conventions signées avec : Conventions avec des établissements de santé (articles L.312-7 1° et D.312-155-0 I et 5° du CASF) : - Hôpital Simone Veil : coopération dans le domaine des soins aux personnes âgées, - Service d'Hospitalisation A Domicile de l'hôpital Simone Veil Convention signée avec une pharmacie d'officine (L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP) ; Convention signée avec Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection de convention avec les professionnels libéraux.	Remarque n°2 Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection de convention avec les professionnels libéraux.	L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec Etablissements de santé) L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 rel à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) - D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux) L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4 : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident", 2012 et HAS, "Plan personnalisé de coordination en santé (guide, modèle et glossaire)", 2019 Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 (relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux).

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU MEDECIN

EHPAD

Inspection du 18/11/2024

Liste des documents à fournir pour 12h :

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Codes d'accès accessibles d'emblée pour consultation par le médecin des dossiers médicaux	Pour 12h	OUI
2	Liste nominative des résidents sous contention et type de contentions les concernant / classeur de contentions	Pour 12h	OUI
3	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Pour 12h	OUI
4	Tableau de suivi des résidents dénutris	Pour 12h	OUI

**Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
en format électronique sécurisé uniquement :**

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
5	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	Copie	OUI
6	Dernier rapport de la réunion de commission gériatrique et calendrier des prochaines commissions gériatriques	Copie	OUI
7	Liste des personnels AS/AES délégués pour l'administration des médicaments et traçabilité de la formation de ces personnels	Copie	NON
8	Liste des personnels AVS/Auxiliaires délégués pour l'aide à la prise médicamenteuse et traçabilité de la formation de ces personnels	Copie	N'existe pas
9	Liste de médicaments du stock tampon et feuilles de traçabilité renseignées depuis 3 mois	Copie	OUI

**Procédures/protocoles en lien avec la prise en charge médicale et soignante et le détail de chaque procédure en lien
avec les thématiques suivantes :**

10	Liste des protocoles de soins et des protocoles en cas d'urgence existants	Copie	OUI
11	Circuit du médicament	Copie	OUI
12	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS/AES	Copie	OUI
13	Procédure relative à la délégation de l'aide à la prise par les AVS/AUXILIAIRES	Copie	N'existe pas
14	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 et hospitalisations en urgence	Copie	OUI
15	Dénutrition	Copie	OUI
16	Contentions	Copie	OUI
17	Chutes	Copie	OUI
18	Prise en charge de la douleur	Copie	OUI
19	Soins palliatifs	Copie	OUI
20	Procédure relative à l'utilisation du sac/chariot d'urgence, procédure relative à la vérification des péremptions et de la complétude du sac d'urgence + feuilles de traçabilité renseignées en regard depuis 3 mois	Copie	OUI
21	Procédure relative à la vérification des péremptions des médicaments et feuilles de traçabilité renseignées depuis 3 mois	Copie	OUI

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Les Primevères » a été réalisée de manière inopinée le 18 novembre 2024. La visite des locaux et les différents entretiens avec le médecin coordonnateur, l'IDEC et une IDE permettent de constater un suivi médical des résidents régulier avec une prise en charge satisfaisante sur le volet soins avec des processus mis en place ou en cours depuis l'arrivée récente de l'IDEC et du médecin coordonnateur.

Les points suivants ont néanmoins été notés :

Ecart n°1 : Onze résidents n'ont pas de médecin traitant.

Ecart n°2 : Bien que les contentions soient réévaluées mensuellement de manière pluridisciplinaire, ces réévaluations ne sont pas tracées.

Ecart n°3 : La traçabilité de la distribution des médicaments se fait actuellement à distance du soin, engendrant un risque d'erreur, bien que des mesures soient prévues pour une traçabilité en temps réel.

Ecart n°4 : Le calendrier prévisionnel des formations des AS au parcours d'habilitation d'aide à la prise n'a pas été transmis.

Remarque n°1 La désignation d'une personne de confiance et la mise en place de directives anticipées n'est pas systématique. Un travail est en cours.

Remarque n°2 Il n'a pas été transmis à la mission d'inspection de convention avec les professionnels libéraux.

Cergy, le 24/04/2025

medecin designee par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise